IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 43)
z dnia 19 listopada 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 43)

19 listopada 2020 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, na posiedzeniu zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu na wniosek grupy posłów, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat sytuacji pacjentów chorych na inne choroby niż COVID-19, w tym m.in. dostępności leczenia onkologicznego, badań profilaktycznych, zabiegów planowych, dostępności szpitali i personelu medycznego w nagłych przypadkach itd.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Daniel Rutkowski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Maciej Szustowicz** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Jarosław Kaźmierczak** konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Grzegorz Perzyński** prezes Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG, **Adam Witkowski** prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, a także **Jarosław Duda**, **Elżbieta Kruk**, **Beata Mazurek**, **Andżelika Możdżanowska** oraz **Anna Zalewska** – posłowie do Parlamentu Europejskiego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra. Witam serdecznie również obecne media, a także gości.

Szanowni państwo, nie ukrywam, że jest pewien problem, a mianowicie, mam nadzieję, że już kolejne osoby… Ja bardzo bym prosił, szanowni państwo, naprawdę przestrzegajmy odległości. Jest nas więcej albo jesteśmy na granicy tego, ile osób może przebywać na tej sali zgodnie z pewnymi wytycznymi. Mam nadzieję, że państwo jako dziennikarze nie będą pisać, że sami złamaliście rygory i zamiast być na łączach, obserwować posiedzenie Komisji z zewnątrz powodujecie, że rygory sanitarne, które są narzucone, nie są przestrzegane. Mam nadzieję, że już kolejne osoby nie będą dochodziły.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad przewiduje tylko jeden punkt. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu na wniosek grupy posłów przekazany do Komisji w dniu 9 listopada 2020 r. Porządek dzienny obejmuje informację Ministra Zdrowia na temat sytuacji pacjentów chorych na inne choroby niż COVID-19, w tym m.in. dostępności leczenia onkologicznego, badań profilaktycznych, zabiegów planowych, dostępności szpitali i personelu medycznego w nagłych przypadkach itd.

Szanowni państwo, zanim zaczniemy realizować porządek dzienny, musimy sprawdzić kworum. Dlatego bardzo proszę o naciśnięcie dowolnego przycisku. Dobrze. W takim razie proszę o podanie wyników. Jest propozycja zostawienia otwartego głosowania, żeby jeszcze kolejne osoby mogły się zgłosić. Ile jest osób na tę chwilę? 30 osób bierze udział w posiedzeniu Komisji, a więc stwierdzam kworum.

W takim razie przechodzimy do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę. Kto z państwa jest przedstawicielem wnioskodawców? Pani poseł Monika Rosa. Proponuję

następującą kolejność, pani poseł. Pani będzie miała krótkie wprowadzenie, następnie pan minister odpowie, później otworzę dyskusję. W pierwszej kolejności głos będą zabierać posłowie, a następnie zaproszeni goście. Proszę wszystkich pastwa o przestrzeganie dyscypliny czasowej. Chciałbym zaproponować, żeby wypowiedzi – oczywiście poza głosem osoby wprowadzającej – były około trzyminutowe, nie więcej, aby dużo osób mogło ewentualnie zabrać głos. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Monika Rosa (KO):

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, panie ministrze, pandemia koronawirusa nie sprawiła, że inne choroby przestały istnieć. Wręcz przeciwnie, statystyki jasno pokazują, że przyrastają zgony z innych przyczyn niż COVID -19.

W sumie od 31 sierpnia do 1 listopada zmarło w Polsce ponad 84 tys. osób. W analogicznym okresie, tyle że rok wcześniej, odnotowano zgonów nieco ponad 68 tys. W tym samym czasie na COVID zmarło ok. 3700 osób. To oznacza, że pozostałe 12 tys. osób zmarło z innych przyczyn, ale te 12 tys. to jest więcej zgonów, niezależnie od choroby koronawirusa, analogicznie do poprzednich lat. Tylko w ostatnim tygodniu ubiegłego miesiąca, października, zmarło 14 tys. osób, czyli prawie dwa razy więcej niż w analogicznym okresie rok temu, dwa lata temu czy trzy lata temu.

Najliczniejszą grupę zmarłych stanowią osoby powyżej 70 r.ż., seniorzy. Dane, które przedstawiłam, nie wskazują jednak przyczyn zgonów. Z tego wynika moje pytanie, czy ministerstwo przeanalizowało powody, przyczyny tych zgonów? Część z tych osób to mogą być pacjenci chorzy na COVID, ale niezdiagnozowani. Część mogła umrzeć z powodu tego, że pandemia utrudniła im dostęp do lekarzy i do szpitali. To nie tylko nagłe przypadki, ale także zgony pacjentów z powodu niewykrytych na czas chorób przewlekłych. Albo pacjenci, u których standardowe ścieżki leczenia i monitorowania stanu zdrowia zostały zaburzone. Dlatego pytam właśnie o państwa analizę przyczyn zgonów, które mogą wskazywać, jaki jest nadmiarowy powód zgonów i mogą pomóc w zakresie stworzenia planu odnowy wsparcia, ochrony medycznej, pacjentów i pacjentek w Polsce.

Już we wrześniu ministerstwo zapowiadało stworzenie tzw. recovery planu dla ochrony zdrowia w Polsce. Wiem, że w ostatnich dniach państwo przedstawili jego zarysy, natomiast dzisiaj liczymy przede wszystkim na szczegóły: terminy realizacji wraz z informacjami, ile to będzie kosztowało, oraz dane, na jakich ten plan został oparty. Punktem wyjścia jest brak miejsc w szpitalach. Szpitale są przepełnione. Kolejne miejsca dla pacjentów COVID-owych tworzone są kosztem miejsc dla pacjentów niezakażonych koronawirusem.

Bardzo duże zaniepokojenie budzą doniesienia o kolejkach karetek przed szpitalami, zgonach pacjentów w karetach, wyłączeniu oddziałów i szpitali z dedykowanej działalności leczniczej i tworzeniu oddziałów COVID-owych. Te często pospieszne przekształcenia szpitali lub pojedynczych oddziałów w oddziały zakaźne, zgodnie z decyzjami wojewodów, jak wskazuje rzecznik praw pacjenta, stanowiły zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Przede wszystkim nie jest w pełni zapewniona opieka zdrowotna osobom w stanie nagłym, w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, przewlekle chorym, cierpiącym na choroby onkologiczne, ale także tym wymagającym niezwłocznej pomocy, rehabilitacji, np. w wyniku wypadków samochodowych. Także ratownicy medyczni wskazują, jak bardzo problematyczny jest brak miejsc w szpitalach. Często bywają bezsilni. Dochodzi do sytuacji, w których pacjent nie zostaje przyjęty w kolejnych szpitalach, a gdy w końcu to następuje, na ratunek jest już za późno.

Wobec tego pytanie do państwa, czy uda się, i kiedy, stworzyć miejsca dla pacjentów COVID-owych bez ograniczania dostępu do opieki zdrowotnej dla pacjentów niezakażonych koronawirusem? W jaki sposób usprawnić koordynację pracy ratowników medycznych, w jaki sposób zapewnić miejsca w szpitalach? Chaos, który teraz bardzo mocno się uwidocznił, pogłębia odwoływanie planowanych wizyt i operacji. Poradnie anulują wizyty kontrolne, odwoływane są badania diagnostyczne dla kobiet w ciąży, takie jak USG, zamykane są ginekologiczne gabinety lekarskie, odwoływane są poszczególne zabiegi planowane. Nie przychodzi na przykład położna środowiskowa, przesuwane są zabiegi kardiologiczne, brak jest wyznaczania nowych terminów. W przyszłości

spowoduje to oczywiście wydłużenie się kolejek. Jednocześnie pacjenci skarżą się na to, że nie mają jasnej informacji, gdzie mogą otrzymać świadczenie zdrowotne. Ta sytuacja stanowi niewątpliwie zagrożenie dla zdrowia, dla życia ludzkiego.

W takim razie pytam pana ministra, i proszę o wskazanie, jaki jest plan przywrócenia ograniczonego do minimum lub całkiem zawieszonego udzielana świadczeń wykonywanych planowo w szpitalach? Czy ministerstwo kontroluje, a jeśli tak, to w jaki sposób kontroluje i sprawdza ograniczenia w dostępie do świadczeń, ale także do placówek podstawowej opieki zdrowotnej? W jaki sposób planuje przywrócić dostępność i w jakim czasie?

Dodam, że teleporada nie jest wystarczającą formą wsparcia, zwłaszcza że seniorzy bardzo często nie mają możliwości użytkowania nowoczesnych środków komunikacji, a często nie mają nawet telefonu. Problem w dostępie do ochrony zdrowia dla seniorów widoczny jest szczególnie, niestety, w statystykach zgonów – wzrost zgonów w przypadku osób powyżej 70 r.ż. jest znaczny. Dlatego pomoc seniorom w dostępie do skutecznego leczenia musi być po prostu priorytetem dla państwa. Pytanie, w jaki sposób zamierzają to państwo zapewnić i w jakim czasie?

Kolejny element to choroby onkologiczne. Według statystyk każdego dnia w Polsce u ok. 460 osób wykrywa się nowotwór. Paraliż ochrony zdrowia powoduje, że wiele z tych osób nie będzie miało tej świadomości. W efekcie wielu chorych zostanie późno zdiagnozowanych i będzie wymagało bardzo zaawansowanego leczenia i intensywnej terapii. Z raportu o stanie polskiej onkologii, który przygotowała Fundacja Onkologiczna Alivia, wynika, że w całym kraju, w dobie pandemii koronawirusa, odwołane zostało co trzecie badanie lub terapia. O ponad 30% spadła też liczba seansów radioterapii. Znów mniej pacjentów trafia do diagnostyki i leczenia onkologicznego. W październiku 2020 r. wydano w Polsce prawie 22 tys. kart DiLO. To ponad 3 tys. mniej niż w tym samym okresie ubiegłego roku, o 700 mniej niż we wrześniu. Onkolodzy szacują, że luka diagnostyczna może być większa, niż pokazują liczby. Dotychczas z roku na rok coraz więcej osób było wcześniej diagnozowanych, teraz coraz mniej. Z tego wynika moje pytanie. W jaki sposób planują państwo przywrócenie zarówno diagnostyki, jak i leczenia, tak aby zapewnić pacjentom pełne wsparcie, aby później ta terapia nie była kosztowna albo to opóźnienie nie kończyło się, niestety, śmiercią?

Wśród pozostałych elementów, na które zwracają uwagę pacjenci, są między innymi brak możliwości przebywania rodziców, opiekunów prawnych z małymi pacjentami na oddziałach pediatrycznych. Nie ma jednolitego systemu, który mówiłby, w jaki sposób regulować te kwestie, dlatego placówki regulują je indywidualnie, a bardzo ważna w hospitalizacji dziecka, dla jego bezpieczeństwa, jest obecność opiekuna prawnego, rodzica. Równie poważnym problemem jest także brak możliwości pożegnania się z osobą, która odchodzi. Brak możliwość potrzymania za rękę, wsparcia, ostatniego spotkania, ostatniego słowa. Zdarzają się też sytuacje, że rodzina nawet nie wie, że osoba im bliska zmarła w szpitalu, i ciągle dopytuje o jej stan zdrowia.

Panie ministrze, są to ogólne obszary, najbardziej w tym momencie pilne. Tych aspektów jest szalenie dużo. Dlatego proszę pana ministra o odpowiedź, w jakim będzie terminie, jak wygląda plan odnowy, czy będą na niego środki i jakie to będą środki? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Po pierwsze, chciałbym bardzo podziękować pani poseł za zwięzłe i merytoryczne przedstawienie sprawy. Też chciałbym powiedzieć, że to bardzo dobrze, że państwo byli inicjatorami tej informacji, ponieważ ona jest niewątpliwie potrzebna. Inaczej będziemy poruszać się w sferze plotek i domysłów, a tak jest szansa przedstawienia dokładnej i precyzyjnej informacji.

I za tę bardzo precyzyjną informację chciałbym podziękować panu ministrowi, bo niezależnie od tego, co pan powie, to przyznam szczerze, że od wielu lat, kiedy uczestniczę przy różnych okazjach w posiedzeniach Sejmu zwoływanych z art. 152, rzadko kiedy albo może nawet nigdy nie było tak dokładnej, szerokiej informacji, którą… Pozwalam sobie podziękować panu ministrowi za materiały, które otrzymaliśmy – państwo również je otrzymali. Wydaje mi się, że to jest właściwa forma, pani poseł.

Chciałbym też przywitać – bo nie zrobiłem tego wcześniej – europosłów, którzy również uczestniczą w naszym posiedzeniu Komisji, a także najmłodszego uczestnika, który przyszedł razem z panią poseł… Dwóch? Dwoje maleńkich uczestników posiedzenia Komisji. Serdecznie gratuluję państwu. Oddaję głos panu ministrowi.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, temat jest niezwykle trudny, niezwykle wrażliwy. Myślę, że wymagający konsolidacji naszych działań i pewnie konsolidacji pomysłów, bo nie sposób w ogromnej większości nie zgodzić się z diagnozą, którą przedstawiła pani poseł.

To, że pandemia poturbowała nas, poturbowała sektor ochrony zdrowotnej, jest jasne. To jest oczywiste. To jest zdarzenie niespotykane nigdy wcześniej. Zdarzenie, z którym nie mieliśmy do czynienia. Zdarzenie, którego skala nas przerosła. My to jakby wprost mówiliśmy. Szczególnie wydarzenia jesienne, liczba przypadków czy liczba zgonów, nie były przez nas, tj. przez zespoły analityczne, przez zespoły matematyczne, w żadnym modelu prognozowane. Jesteśmy więc na pewno w czasie niestandardowym, który rzeczywiście nie sprzyja temu, żeby to był dobry rok dla sektora ochrony zdrowotnej.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, pani poseł, ja myślę, że będę odnosił się do tych punktów, przedstawiając pewne wyniki pracy analitycznej skupionej na analizie przyczyn tego stanu, który mamy dzisiaj, i stanu faktycznego. W ramach materiału, który będę przedstawiał, będę się odnosił do poszczególnych punktów, bo faktem jest, że pandemia oczywiście nie zatrzymała innych chorób. Nie zatrzymała liczby zgonów na inne choroby, a nawet – tak jak słusznie pani poseł zauważyła – te ostatnie tygodnie pokazują rzeczywiście mocno zwiększoną liczbę zgonów, co w jednoznaczny sposób martwi nas wszystkich, myślę że i w ministerstwie, i w parlamencie, a w szczególności w Komisji Zdrowia.

Oczywiście jest za wcześnie, żeby określić przyczyny zgonów. System raportowania przyczyn zgonów, system analizy przyczyn zgonów jest odwleczony w czasie. My tak naprawdę faktyczne przyczyny – raporty GUS-u w tym zakresie – poznamy dopiero za ok. 1,5 roku. W ten sposób są dzisiaj raportowane i analizowane przyczyny zgonów w Polsce. Natomiast nie jest też pewnie tajemnicą, że pewne pobieżne analizy, analizy niepogłębione wskazują jednoznacznie na to, co jest największym zabójcą w ochronie zdrowia. Oczywiście choroby kardiologiczne i choroby onkologiczne, jak również choroby przewlekłe, o których zresztą pani poseł wnioskodawca mówiła, są istotną przyczyną. I w ten sposób budujemy zaprezentowany w dniu wczorajszym i we wrześniu, jak słusznie pani poseł zauważyła, plan odbudowy ochrony zdrowia. W końcówce przedstawię założenia tego planu, odniosę się też do tego, dlaczego ten plan nie został we wrześniu sfinalizowany czy zaprezentowany.

W sumie bardzo się cieszę z tego dzisiejszego posiedzenia i z tego, że będą mógł w sposób syntetyczny, ale też dość szczegółowy – przynajmniej w tych materiałach – przedstawić stan faktyczny. Pani poseł zaprezentowała raport jednej z fundacji onkologicznych. Bardzo się cieszę z aktywności tych fundacji, z niektórych albo nawet z wielu czerpię. Natomiast cieszę się, że mam możliwość przedstawienia stanu faktycznego, bo wnioski dotyczące ograniczenia terapii na poziomie 30%, chemioterapii czy radioterapii to oczywista nieprawda. Dane, które dzisiaj prezentuję, w jawny sposób temu zaprzeczają.

Szanowni państwo, chciałbym przejść przez praktycznie każdą dziedzinę medycyny. Pozwólcie, że rozpocznę od ogólnego zarysu całego systemu. W całym dzisiejszym przemówieniu będę porównywał analogiczny okres 2019 r., a więc styczeń–sierpień, za który mieliśmy pełne dane i mogliśmy przedstawić tę analizę, z tym samym okresem 2020 r.

Jeżeli spojrzymy na ogólną liczbę świadczeń udzielonych w tym okresie w sektorze publicznym, to w 2019 r. nieco ponad 28 mln osób skorzystało z takich świadczeń. W 2020 r. – 26,5 mln. To spadek o ok. 6%. W zdecydowany sposób nie jest on spowodowany zmianami systemowymi czy jakimś ograniczeniem systemowym dostępności, tylko ewidentnie spowodowany został czynnikami związanymi z pandemią koronawirusa. Jeśli spojrzymy na rozkład tych świadczeń, to widzimy, że największy dołek, największy spadek udzielanych świadczeń był w okresie marzec–kwiecień. To będzie miało

później odniesienie praktycznie w każdym zakresie procesu terapeutycznego medycyny, który będę omawiał. Wtedy ten dołek był wywołany rzeczywiście zaskoczeniem, pewnym chaosem, spotkaniem się z czymś nieznanym na wszystkich szczeblach, od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, przez lekarzy specjalistów, szpitale. De facto dotknęło to praktycznie każdej dziedziny ochrony zdrowia.

Rozpocznę szczegółową odpowiedź od wywołanej już onkologii. Kilka faktów w tym zakresie, związanych i z procesem diagnostycznym, i z procesem terapeutycznym. Faktycznie w 2020 r. notujemy mniejszą liczbę wystawianych kart DiLO. Największy spadek był w miesiącach kwiecień–maj. Wtedy rzeczywiście to odchylenie in minus od standardu 2019 r. to 5–9 tys. mniej wystawionych kart w tych miesiącach. Potem nastąpiło odbudowanie i w tych miesiącach, w których rzeczywiście liczyliśmy na mocną odbudowę, tj. sierpień–wrzesień, liczba wystawionych zielonych kart przekroczyła wskaźniki notowane w 2019 r. W październiku była na zbliżonym poziomie do wcześniejszych okresów miesięcznych. Danych z listopada jeszcze nie mamy, natomiast mam obawy i pewnie nieodparte wrażenie, że ta liczba będzie mniejsza niż w listopadzie roku poprzedniego.

Jeśli spojrzymy na to, w jakich zakresach liczba kart DiLO wystawiana była w najmniejszym stopniu, to dotyczy to przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej. Liczba wystawianych kart spadła nawet o 50%. Oczywiście karta DiLO to przede wszystkim wczesna diagnostyka – diagnostyka wstępna, diagnostyka pogłębiona. Nieco inaczej – można powiedzieć, że nieco bardziej optymistycznie –wygląda sytuacja w procesie terapeutycznym. Możemy go mierzyć różnymi wskaźnikami. Jednym z takich wskaźników mogą być zrealizowane konsylia ustawiające ścieżkę leczenia. Liczba konsyliów, jeżeli spojrzymy globalnie na analizowane 10 miesięcy 2020 r., jest mniejsza o 8% niż w analogicznym okresie 2019 r. Co więcej, mamy pewne przesunięcie w czasie, czyli nie widzimy dołka z marca–kwietnia, bo jego efekty, jak też efekty częściowo zamrożonej profilaktyki onkologicznej, rzeczywiście częściowo utrudnionego dostępu do wczesnej diagnostyki, wydaje mi się, że będą skutkowały w tym okresie, w którym jesteśmy teraz. Szczęśliwie, jak patrzymy na wrzesień, to liczba konsyliów jest praktycznie na tym samym poziomie co w 2019 r. W październiku już niestety sporo niższa.

Onkologia to oczywiście tak fundamentalne zakresy świadczeń jak operatywa, chemioterapia, radioterapia. Ja bardzo syntetycznie... W materiałach szczegółowych, niestety, tego państwo nie otrzymali. Dziękuję za te podziękowania od pana przewodniczącego. Szczerze mówiąc, mieliśmy mało czasu. Gdybyśmy mieli więcej, to te materiały mogłyby być jeszcze bardziej rozbudowane, ale postaram się to uzupełnić.

Jeśli spojrzymy na chociażby świadczenia z zakresu chemioterapii czy programów lekowych, to w całym analizowanym okresie w stosunku do zawartych umów świadczeń w zakresie chemioterapii mamy ok. 93%. Świadczeń w zakresie programów lekowych mamy 103%. Czyli generalnie rzecz biorąc, w obszarze onkologii klinicznej liczba świadczeń praktycznie nie spadła. Świadczeń w zakresie radioterapii w stosunku do zawartych umów mamy 105%. Tak jak zresztą w wielu rozmowach i warsztatach z onkologami mówiliśmy, nie widać spadku radioterapii, ale to też nie jest coś, czym chcę się chwalić. Obawiamy się wszyscy, że ten efekt również może być odwleczony i świadczeń radioterapii w najbliższym okresie może być mniej.

Onkologia to oczywiście również profilaktyka. Wydaje mi się, że to jest obszar rzeczywiście najtrudniejszy i największego ryzyka. To obszar, w którym wczesne wykrycie nowotworów gwarantuje i lepsze wyniki w procesie terapeutycznym, i rzeczywiście większe szanse na w miarę łagodne przejście choroby nowotworowej. Pewnie musimy to rozpatrzyć na dwóch płaszczyznach. Z jednej strony mamy oczywiście liczbę udzielonych świadczeń profilaktycznych. Jeżeli spojrzymy na trzy kluczowe programy przesiewowe w Polsce... Program przesiewowy raka jelita grubego w Polsce – w porównaniu z rokiem poprzednim nie widzimy spadku. Liczba udzielonych świadczeń na ten moment rzeczywiście wskazuje, że będziemy mieli podobny, a może nawet wyższy wolumen niż w 2019 r., ale z kolei nieco niższy niż w 2018 r. Gorzej wyglądają wyniki w programie raka szyjki macicy. W porównaniu z rokiem poprzednim mamy spadek o ponad 50% – ok. 100 tys. kobiet zostało przebadanych w okresie 2019 r. Dla porównania w roku poprzednim ponad 240 tys. w tym programie.

Podobnie spadek o ok. 50% w programie przesiewowym w raku piersi. Tutaj rzeczywiście pandemia w istotny sposób wpłynęła na ograniczenie dostępności. Państwo pamiętają chociażby mammobusy, które nie mogły funkcjonować. Sami świadczeniodawcy wstrzymali te świadczenia realizowane w mammobusach, szczególnie w okresie wiosennym. Pandemia też spowodowała spadek o ok. 50% w zakresie tych programów profilaktycznych. Spadek dotyczy głównie miesięcy wiosennych, tj. kwietnia–maja, bo jeśli popatrzymy na liczbę mammografii w lipcu–sierpniu, to była ona wyższa niż w analogicznym okresie 2019 r.

Oczywiście powiedziałem, że musimy patrzeć na to dwupłaszczyznowo. Z jednej strony to liczba, a drugiej strony – dostępność mierzona tym, co jest sprawozdawane i raportowane do Narodowego Funduszu Zdrowia, do ministra zdrowia. Jeżeli spojrzymy na liczbę zaraportowanych działalności zawieszonych w zakresie profilaktyki, to wśród 4 tys. świadczeniodawców realizujących badania profilaktyczne w całej Polsce jedynie siedmiu zgłosiło do Narodowego Funduszu Zdrowia, do Ministerstwa Zdrowia, że zawiesza działalność w tym zakresie. Zatem co do zasady świadczeniodawcy deklarują i deklarowali podtrzymanie działalności w tym zakresie.

Przejdźmy może do kolejnych dziedzin w zakresie lecznictwa szpitalnego. Analiza, którą państwo otrzymali, dotyczy wielu zakresów. Nie będę ich szczegółowo omawiał. Każdy z nich pokazuje mniej więcej podobny trend – ogromny spadek w miesiącach marzec–kwiecień i jeszcze maj. A następnie rzeczywiście odbudowę i pewne ustabilizowanie tych świadczeń na nieco niższym poziomie niż w 2019 r. w kolejnych analizowanych miesiącach, czyli czerwiec, lipiec i sierpień. Jeżeli spojrzymy na łączne wykonanie ryczałtu szpitalnego – przepraszam, bo trochę pogubiłem się w moich materiałach – to w tym analizowanym okresie mamy je na poziomie ok. 84%. To dość duży spadek i rzeczywiście znowu wywołany przede wszystkim sytuacją w kwietniu–maju. W kwietniu wykonanie ryczałtu to ok. 47%. To rzeczywiście pokazuje na taki lockdown w służbie zdrowia w tamtym okresie. Jeżeli spojrzymy, jak to wygląda wśród świadczeniodawców, to generalnie mediana – największa liczba tych świadczeniodawców – realizuje dzisiaj między 80% a 90–95% ryczałtu szpitalnego. Są to dane za ten analizowany okres.

Oczywiście warte uwagi i pewnie dyskusji są świadczenia bezlimitowe, które w prosty dla świadczeniodawców sposób mogły być realizowane w dowolnej liczbie. Jednak tutaj jednoznacznie sytuacja świadczeniodawców, tj. nieprzygotowanie na pandemię i publicznych, i prywatnych świadczeniodawców w tym zakresie, pokazuje spadki. Pokazuje też, że w takich świadczeniach, jak endoprotezoplastyka czy zaćma, w przypadku których w ostatnim okresie, po wprowadzeniu świadczeń bezlimitowych, w istotny sposób skróciły się kolejki, w okresie pandemii te spadki były dość duże. W zakresie endoprotezoplastyki mówimy o spadku o ok. 27%, a w przypadku zaćmy o spadku na poziomie ok. 30% czy trzydziestu kilku procent, znowu największym w okresie kwiecień–maj tego roku.

Warte uwagi i pokazujące pewną tendencję we wszystkich dziedzinach medycyny jest porównanie analizy zawałów i udarów. Mają to państwo w przedstawionym materiale. To jest rzeczywiście odpowiedź na to, czy zamknął się system ochrony zdrowia, czy niestety zamknęli się pacjenci w domach i z niektórych świadczeń po prostu nie korzystali.

Jeżeli spojrzymy na spadek liczby udarów, to on jest minimalny. To jest kilka procent. Jeżeli spojrzymy na spadek liczby zawałów, też stanów nagłych, to jest on o ponad 30%, jeśli dobrze pamiętam. Tak, 30% to liczba zawałów. To pokazuje, że niestety wielu pacjentów zostało w domach, słusznie z punktu widzenia pandemii, ale nie skorzystało z pomocy lekarskiej. Ja w ramach analizy POZ i AOS też do tego jeszcze wrócę.

Jeżeli spojrzymy jeszcze na obszar szpitalny w dużej części... Już kończę. Chociaż to wkracza w AOS, więc tak miękko przejdziemy do opieki ambulatoryjnej – badania obrazowe, na które limity również uwolniliśmy w roku poprzednim. Spadki wykonywania tych badań nie są duże. Jeżeli spojrzymy na rezonans magnetyczny, to liczba świadczeń jest na identycznym poziomie jak w 2019 r. Liczba świadczeń w tomografii komputerowej jest niższa o kilkanaście procent. Tu de facto, gdyby nie efekt kwietnia, te liczby praktycznie w obu zakresach byłyby sporo wyższe niż w roku poprzednim.

Szanowni państwo, przejdę płynnie w takim razie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i trochę do tego, co mówiła pani poseł, do teleporad. Ja chciałbym chyba wszyst-

kim zwrócić uwagę na to, czym jest teleporada i jak jest ona rozumiana przez ministra zdrowia. Teleporada jest narzędziem, które daliśmy lekarzom po to, żeby w tym trudnym czasie, w którym również oni czuli się zagrożeni, w którym wielu lekarzy, szczególnie starszych, miało obawy odnośnie do tego, jak i czy w ogóle udzielać świadczeń lekarskich… Dostali od Ministerstwa Zdrowia narzędzie, jednak nie nakaz, nie zakaz przyjmowania pacjentów w standardowej formule stacjonarnej, tylko jedno z narzędzi, które w miękki sposób miało umożliwić realizowanie pewnych świadczeń, które mogą być realizowane w formie teleporady.

Minister zdrowia nigdy nie nawoływał i dalej nie będzie nawoływał do tego, żeby lekarze ograniczyli swoją działalność wyłącznie do teleporad. Odwrotnie, to lekarz ocenia ryzyko. To lekarz ocenia stan zdrowia pacjenta. To wykształcony lekarz jest w stanie ocenić, czy daną wizytę może zrealizować w teleporadzie, np. wizytę recepturową, zaświadczeniową czy wizytę młodego, zdrowego pacjenta, który choruje na grypę albo inne schorzenia. Jednak, jak rozumiem, i mam nadzieję, że tak rozumie ogromna większość lekarzy w Polsce, jeżeli mówimy o pacjentach trudnych, o pacjentach z chorobami przewlekłymi, z wielochorobowością, to – wracam – teleporada jest narzędziem, a nie przymusem. Ja mam nadzieję i apeluję do wszystkich lekarzy, żeby takie wizyty odbywali w formie stacjonarnej.

Jeżeli spojrzymy na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i to, czym od lat mierzymy dostępność do świadczeń, czyli kolejki, to w tych raportach, które mamy… Ale też zwracam uwagę na to, że w ramach pewnego ukłonu i zrozumienia sytuacji świadczeniodawców, tego, że powinni skupić się na leczeniu i zapewnieniu możliwie jak największej dostępności do ochrony zdrowia, my na jakiś czas – jeśli dobrze pamiętam, kwiecie – wrzesień – zawiesiliśmy obowiązek sprawozdawczy kolejek. Od września został on uruchomiony, więc te dane mogą być obarczone pewnym błędem w związku z tym, że rzeczywiście ten obowiązek na ten trudny czas zawiesiliśmy.

Jeżeli spojrzymy na kolejki w tych zakresach, które od dawna analizujemy, czyli chociażby do tomografii, rezonansu, zaćmy, endoprotezoplastyki, o której już mówiłem, to te kolejki co do zasady w porównaniu z 2019 r. zmalały. Jeżeli spojrzymy na kolejki do świadczeń specjalistycznych, czy to z zakresu endokrynologii, kardiologii czy ortopedii – to, co państwu pokazaliśmy – również zmalały. Ja nie cieszę się tym wskaźnikiem. Ja go pokazuję, bo taki jest fakt, taka jest statystyka, takie są dane. Natomiast otrzymujemy też sygnały, że w pewien sposób nastąpiło wyparcie sektora publicznego sektorem prywatnym. W dobrą stronę ta konstrukcja… Natomiast fakt jest taki – kolejki do tych zakresów zmalały i z punktu widzenia tych raportów, które mamy, taką analizę państwu przedstawiam.

POZ. Może nie na sam koniec, ale rzeczywiście, zamykając te trzy największe dziedziny w sektorze ochrony zdrowia, przejdę do POZ. Jeżeli spojrzymy na szczegółowe dane, to sumaryczna liczba świadczeń w POZ za 9 miesięcy tego roku wyniosła 103 mln udzielonych porad. W analogicznym okresie 2019 r. było to 116 mln. Czyli o ok. 10% zmalała liczba porad udzielonych w POZ, ale – i tu ważne zastrzeżenie – ta statystyka w dużej części nie uwzględnia teleporad. Nie uwzględnia dlatego, że do września obowiązku raportowania teleoporady nie było z tych przyczyn, o których już mówiłem. A od września, pomimo że ten obowiązek istnieje, jeszcze niestety obserwujemy duże grupy podmiotów, które tych teleporad nie raportują. To znaczy zakładamy, że nie jest tak, że ich nie realizują, tylko ich po prostu nie raportują, bo według naszej analizy ok. 50% – ale zwracam uwagę, od września jest obowiązek – rzetelnie nam te dane raportuje.

Odnośnie do POZ i tych analiz albo tych tez, które były stawiane w gronach eksperckich, że POZ się zamknął i przeniesione zostały akcenty na lecznictwo szpitalne, na nocną i świąteczną pomoc lekarską… Odnośnie do tego, że POZ w istotny sposób przeformułowała swoją działalność na telewizyty i teleporady, to jest fakt.

Myślę, że moje subiektywne zdanie, a może nawet moje zdanie jako przedstawiciela resortu jest takie, że tych teleporad powinno być udzielanych jednak mniej. Jednak w ogromnej liczbie sytuacji lekarze powinni decydować się na badania fizykalne. Natomiast ta teza o przesunięciu akcentu na nocną pomoc, SOR-y i izby przyjęć nie znalazła i nie znajduje odzwierciedlenia. Monitorujemy dość wnikliwie, jak wygląda liczba świad-

czeń w tych zakresach. Spójrzmy – to również państwo mają w materiałach – liczba świadczeń udzielonych w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć rok do roku w tym analizowanym okresie zmalała o 20%. Liczba porad w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w tym okresie zmalała o ok. 40%. Pokazuje to w sposób dobitny, że to nie samo zamknięcie, kolokwialnie mówiąc, sektora ochrony zdrowia, POZ sprawiło, że pacjenci nie mają udzielanych tych porad, bo oni nie trafili do szpitala, do izby przyjęć, do nocnej i świątecznej pomocy, tylko oni po prostu nie zgłosili się po żadną poradę. To jest rzeczywiście dzisiaj ogromne wyzwanie, ogromny problem w sektorze ochrony zdrowia. Chodzi nawet mniej o brak dostępności, a zdecydowanie bardziej o niechęć pacjentów, obawę czy strach przed zgłoszeniem się do lekarza, czy to pierwszego kontaktu, czy lekarza specjalisty. To jest tym fundamentalnym problemem.

Szanowni państwo, może jeszcze bardzo krótko psychiatria i rehabilitacja, po czym przejdę do planu odbudowy. Dane są intuicyjne i oczywiście takie, jakich się pewnie państwo spodziewają po tej analizie, po tych danych, które już przedstawiłem. Świadczenia w zakresie rehabilitacji, to podobnie jak w innych zakresach świadczeń spadek o ok. 20%. Świadczenia w zakresie opieki psychiatrycznej – znacznie mniej. Liczba świadczeń zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci, poza dołkiem kwietniowym, w pozostałych miesiącach jest na zbliżonym poziomie do tego, co obserwowaliśmy w 2019 r. Jeżeli spojrzymy na sumaryczny spadek liczby świadczeń w tym zakresie, to mówimy o spadku od kilku do kilkunastu procent, w zależności od grupy wiekowej.

No właśnie. I „recovery plan”, który faktycznie minister Adam Niedzielski, kiedy objął kierownictwo w ministerstwie, ogłosił dość szybko. Ogłosił dość szybko, bo byliśmy przekonani, że to jest ten właściwy moment, że po miesiącach pewnej intuicyjnej i samoistnej odbudowy, zwiększenia aktywności i szpitali, i lekarzy specjalistów, i POZ w okresach lipiec–sierpień potrzebne są jeszcze pewne założenia do zwiększenia tej aktywności. Natomiast druga fala pandemii, jej niezakładana przez nas wcześniej skala, spowodowała, że uznaliśmy, zresztą przy współpracy z ekspertami, klinicystami, lekarzami, że to nie jest jeszcze ten moment, żeby mówić o „recovery planie” czy planie odbudowy, że musimy poczekać na przynajmniej pewną stabilizację.

Dość optymistycznie przyjęliśmy założenie, że w ostatnich dniach ta stabilizacja nastąpiła. Optymistycznie, bo rzeczywiście bardzo chcemy, żeby tak było. Bardzo chcemy, żeby te restrykcje, które zostały nałożone, przyniosły efekt stabilizacji albo najlepiej spadku. Uznaliśmy, że nie można dłużej na to czekać. Wczoraj minister Niedzielski zaznaczył i naszkicował ten plan. Ja dzisiaj rozwinę go tylko nieco, bo myślę że w najbliższych dniach przedstawimy ten plan w sposób szczegółowy.

Plan dotyczy pięciu obszarów. Może od początku, czyli od podstaw: obszar profilaktyczny. Myślę, że ten plan w ogromnej części będzie ukierunkowany właśnie na profilaktykę, bo mówimy tu o tym, że jeden z pięciu zakresów tego planu będzie dotyczył wczesnej profilaktyki, ale też każdy z pozostałych obszarów, albo większość, będzie zawierać pewne działania profilaktyczne. Ja, mówiąc o onkologii, zaraz do tego wrócę. Drugi zakres to ambulatoryjna opieka specjalistyczna i uwolnienie limitów. Jesteśmy gotowi do tego finansowo, żeby zdjąć limitowanie świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jak państwo doskonale wiedzą, ten proces rozpoczęliśmy w 2019 r. Wtedy miały miejsce pierwsze zdjęcia limitów ze świadczeń w endoprotezoplastyce, zaćmie, diagnostyce obrazowej w 2020 r. – tuż przed pandemią. Niestety przez pandemię niezauważony został efekt tego działania. Zdjęliśmy limity w czterech najczęstszych zakresach świadczeń – kardiologii, endokrynologii, neurologii i ortopedii. Natomiast efektu tego niestety przez pandemię nie zauważyliśmy. Chcemy, żeby w ramach planu odbudowy uwolnione zostały limity w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w całości.

Trzeci obszar to onkologia. Tak jak mówiłem, z głównym naciskiem na profilaktykę. Jesteśmy gotowi – myślę, że i organizacyjnie, i finansowo – żeby chociażby wprowadzić przesiewowy program w raku płuca, który do tej pory testujemy w ramach pilotażu. Nie mamy jeszcze wyników tego pilotażu. To nie jest moment, w którym możemy powiedzieć, że dokonaliśmy ewaluacji i jesteśmy przekonani na 100%, że ten program jest skuteczny. Przypominam, że to jest program innowacyjny w skali świata. Praktycznie kilka krajów

na świecie zdecydowało się na realizację tego programu, raczej w formule pilotażowej, jak my w Polsce. Jesteśmy gotowi istotnie ten program rozszerzyć.

Jesteśmy gotowi wprowadzić pewne dodatkowe zmiany nakreślone w Narodowej Strategii Onkologicznej, chociażby w programie przesiewowym raka jelita grubego czy w rozszerzeniu tego programu o testy i badania obecności krwi utajonej w kale – tzw. testy FIT. To było zaplanowane w Narodowej Strategii Onkologicznej. Było zaplanowane w okresach późniejszych, miało być poprzedzone szerszym pilotażem, ale jesteśmy przekonani, że nie można tych działań opóźniać.

W zakresie profilaktyki znowu działania zaplanowane i w Narodowej Strategii Onkologicznej, i w Funduszu Medycznym. Również miały wejść trochę później działania związane z aktywizacją POZ i z pewnym systemem motywacyjnym, systemem premiowym dla POZ w zakresie opieki nad swoją populacją i zapewnieniem zgłaszalności na badania profilaktyczne w tej populacji. Pierwszego stycznia pewnie jeszcze nie uda się tego wprowadzić, natomiast niezwłocznie –pewnie w ciągu tygodnia – powołamy zespoły ekspertów, którzy będą mieli za zadanie wypracować finalne założenia, bo na razie mamy główne założenia tego programu. Zespoły złożone z onkologów, ale też z przedstawicieli świata podstawowej opieki zdrowotnej.

Dwa ostatnie punkty tego planu. Pierwszy to kardiologia, w przypadku której w podobny sposób chodzi o zapewnienie zdecydowanie większej koordynacji, większych usprawnień w ścieżce pacjenta, w pewnym sensie trochę na wzór tego, co zaproponowaliśmy w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. I ostatni obszar – psychiatria. Psychiatria to działania, które również już zostały zaplanowane, chociażby w zakresie rozwoju psychiatrii dziecięcej, ale jesteśmy gotowi włożyć wysiłek i organizacyjny, i finansowy w to, żeby w istotny sposób ten plan przyspieszyć.

Myślę, że tyle jestem gotowy ogłosić dzisiaj w zakresie „recovery planu” – planu odbudowy. Mam nadzieję, że moje przedstawienie stanu faktycznego i pewnej analizy przyczyn jest szczegółowe, że zaspokaja państwa potrzeby. W oczywisty sposób jestem gotowy do dalszej dyskusji. Mam nieodparte wrażenie, że musimy wszyscy włożyć duży wysiłek – podkreślam słowo wszyscy – w to, żeby zachęcić Polaków do tego, żeby do opieki zdrowotnej się kierowali.

Uważam, że oczywiście pandemia spowodowała, że wiele ośrodków, wielu świadczeniodawców, szczególnie w okresie początkowym, żyło w chaosie. To nie jest nic nadzwyczajnego, że mieli ogromne problemy ze zorganizowaniem procedur bezpieczeństwa, środków ochrony indywidualnej. Cały świat miał te problemy. Natomiast dzisiaj jesteśmy w całkiem innym punkcie i w tym punkcie – wydaje mi się – aktywnie musimy zachęcać Polaków do tego, żeby korzystali z opieki zdrowotnej. I to również, wprawdzie niewyrażone bezpośrednio w planie odbudowy, jest jedno z działań, które planujemy do realizacji, także w zakresie pewnych kampanii i aktywności medialnych. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja dziękuję bardzo, panie ministrze, za szczegółową odpowiedź. Otwieram dyskusję. Widzę zgłoszenia. Panie pośle, pan dopiero przyszedł. Niech pan uzbroi się w cierpliwość, zapozna się chociaż z dokumentem, a w międzyczasie zgłaszali się inni posłowie czy posłanki. Bardzo proszę, pani poseł Lubnauer.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Dzień dobry państwu. Dziękuję za dość wyczerpującą odpowiedź, natomiast mimo wszystko chciałabym jeszcze zadać uzupełniające pytania. Niestety chciałabym zacząć od złej wiadomości. Mamy dzisiaj kolejny rekord liczby zgonów, jeśli chodzi o COVID – 637 przypadków.

Teraz kolejna kwestia – SOR-y. Zmniejsza się liczba osób, które się tam pojawiają, natomiast doniesienia ze strony szpitali są takie, że owszem, pojawia się ich mniej, ale są w gorszej kondycji, że te przypadki są dużo groźniejsze, dużo częściej kończą się gorzej, dlatego że ludzie boją się po prostu pojawiać na SOR-ach, ponieważ boją się, że na SOR-ze może dojść do zarażenia. Druga rzecz – nie mamy już praktycznie szpitali czystych. Nie mamy już szpitali bezCOVIDowych, ponieważ wszędzie już ten COVID jest.

Kolejne pytania. Pierwsze, dotyczące pacjentów po transplantacjach. W ogóle problemowi transplantologii w Polsce powinniśmy poświęcać więcej czasu. Ja nawet nie wiem, czy nie powinna powstać jakaś stała podkomisja, dlatego że my zawsze mieliśmy z tym problem, a od kilku lat ten problem jest coraz bardziej groźny. Natomiast, jakiej szczególnej ochronie podlegają teraz osoby po transplantacjach? Jak wiemy, ich system odpornościowy jest dużo bardziej narażony. Jest więc pytanie, jak wygląda w ogóle proces transplantacji? Czy odbywają się w tej chwili i jak wygląda opieka nad tymi osobami?

Kolejna kwestia to program szczepień na grypę. Jak wiemy, seniorom zagraża również grypa. Miał być program darmowych szczepień dla seniorów. Ilu spośród 9 mln, bo tylu mamy mniej więcej seniorów, zostało w ramach tego programu zaszczepionych? Kolejne pytanie – kontakt z lekarzami POZ. Czy macie jakiekolwiek badania dotyczące tego, ile trwa w tej chwili średni czas nawiązania takiego kontaktu? Narzekają pacjenci, również COVID-owi, że mają do czynienia z sytuacją, że zanim się dodzwonią, to praktycznie zaczynają ustępować objawy, już nie mówię o fakcie, że zanim dostaną jakieś skierowanie na kolejne badania… Jak wiele POZ pracuje głównie w systemie zdalnym? Czy wiecie, jak to wygląda w skali kraju?

Kolejne pytanie też jest z dziedziny pozaCOVIDowej – czy już jest SMA? Czy już doszło do spotkania i złożenia wniosku refundacyjnego przez firmę, która proponuje lek genowy, który miał być dostępny? To była jedna z obietnic związanych z tworzeniem Funduszu Medycznego, że ten lek będzie refundowany dla dzieci, które go potrzebują. Jak wiemy, to nie jest duża grupa dzieci, a lek jest koszmarnie drogi, praktycznie nieosiągalny dla żadnej polskiej rodziny. Czy już doszło do złożenia wniosku? Jak to wygląda i kiedy spodziewacie się, że może rzeczywiście dojść od tego, że on będzie osiągalny?

Znamy statystyki do końca października, a właściwie pierwszego tygodnia listopada. Wiemy, że śmiertelność wzrosła nawet do 16 tys. tygodniowo, podczas gdy typowa to niecałe 8 tys. tygodniowo – i taka była śmiertelność w pierwszym tygodniu listopada. Ona oczywiście ma związek z COVID-em, ale te śmierci nie są COVID-owe. COVID-owa jest tylko część. Pytanie, jakiej śmiertelności spodziewacie się w przyszłym roku, w okresie tzw. poCOVIDowym? Wszystkie zaniechania związane z opieką kardiologiczną, z opieką onkologiczną zapewne zbiorą swoje żniwo w tym roku. Na ile szacujecie w ogóle wzrost śmiertelności w ciągu lat 2020–2021 w stosunku do typowej, na przykład przypadającej w latach 2018–2019?

Kolejne kwestie. Część środków z Funduszu Odbudowy, nad uchwałą w sprawie wetowania którego mamy dzisiaj głosować – pan Mateusz Morawiecki chce, żebyśmy zagłosowali za poparciem rządu w sprawie zawetowania tych środków, ale oczywiście jesteśmy przeciw – miała pójść również na ochronę zdrowia. Na odbudowę ochrony zdrowia po czasie pandemii. Jakich środków się spodziewaliście i jak myślicie, jakie są obszary, w przypadku których trzeba jak najszybciej te środki wydatkować? Ja zaznaczę, że w ogóle budżet europejski rocznie to jest mniej więcej tyle, ile wydajemy… Tyle Polska dostaje rocznie, ile wydatkuje rocznie na całą ochronę zdrowia, ok. 100 mld.

Mówi pan, że zmniejszyły się kolejki do specjalistów. Mówił pan, że prawdopodobnie prywatna służba zdrowia to przejęła. Czy myślicie o jakiejś formie rekompensaty w postaci ulg podatkowych czy w innej formule, żeby zrekompensować prywatne wizyty Polakom, którzy nie mogą skorzystać w tej chwili z państwowej służby zdrowia na NFZ? Po pierwsze, żeby odciążyć system, a po drugie, żeby Polacy, którzy nie ze swojej winy muszą teraz wydatkować swoje środki, mogli skorzystać z jakiejś formuły przynajmniej zwolnień podatkowych, jeżeli płacą i mają rachunki za wizyty prywatne u lekarzy, oczywiście w tych dziedzinach, w których należy się im opieka ze strony państwa.

I ostatnia rzecz, już związana z COVID-em, ale myślę, że pan się nie obrazi. Krótkie pytanie. Czy macie jakiś plan zwiększenia liczby punktów, w których można oddawać krew na osocze? W tej chwili jednym z problemów jest to, że osoby, które chcą oddać osocze, narzekają, że te punkty są często dość daleko od ich miejsca zamieszkania. Koniec.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo – tak, widzę kolejne głoszenia – jestem państwu winien pewną informację techniczną. Przynajmniej taką, jaką ja mam. Być może wszyscy państwo już ją otrzymali.

Otóż po pierwsze, o godzinie 11.00 miało nastąpić wznowienie posiedzenia Sejmu. Ja obserwuję – proszę też państwa o ewentualne śledzenie tego, bo być może będziemy musieli w jakimś momencie, nie wychodząc stąd, wziąć udział w głosowaniu. Posiedzenie jeszcze nie zostało wznowione. Po drugie, z informacji, które do mnie dotarły, wynika, że na godzinę 12.30 są przewidziane głosowania. Jeżeli tak będzie, to mamy dobrą godzinę na dyskusję. Dlatego tym bardziej powtarzam apel i proszę, abyśmy dość krótko i zwięźle zadawali pytania. Bardzo proszę, pani poseł Hennig-Kloska.

Poseł Paulina Hennig-Kloska (KO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, chciałabym się skupić na dwóch kwestiach, rozwijając je nieco. Mianowicie, na opiece szpitalnej, o której mówiła pani poseł na wstępie, a odpowiadał pan minister. Z jego odpowiedzią, niestety, zgodzić się nie mogę.

Mówił pan o tym, że w opiece szpitalnej faktycznie nastąpiła zapaść na poziomie kwietnia i maja, ale w okresie czerwiec–sierpień wszystko się odbudowało i szpitale zaczęły z powrotem wykonywać ryczałty, nadrabiając stracony czas. Natomiast dobrze wiemy, co się stało we wrześniu i październiku. Ten okres pan minister skrzętnie pominął, nie odnosząc się do tego, a dobrze wiemy, że w momencie, kiedy tak naprawdę trzeba było z dnia na dzień rozpocząć zwiększanie liczby łóżek COVID-owych, to jedynym pomysłem wojewodów było zrzucenie tego właśnie na szpitale, między innymi powiatowe. To z kolei wiązało się z tym, że szpitale powiatowe, najczęściej w październiku, ponownie zarzuciły realizację kalendarza przyjęć planowanych. W gruncie rzeczy, m. in. z uwagi na brak rąk do pracy, zmuszane były do tworzenia oddziałów zakaźnych, nie mając zakaźników, kierowały do pracy na tych oddziałach często miejscowy personel w postaci chirurgów, ortopedów, oczywiście wszystkich tych, którzy na co dzień pracowali przy intensywnej terapii itd. W ten sposób, z uwagi na pojawienie się też dużej liczby personelu chorego, personelu poddawanego kwarantannie, nie są już w stanie, tak naprawdę, realizować dzisiaj tej standardowej obsługi pacjentów i kalendarza przyjęć.

Idąc dalej, nie wiem, jak to wygląda w innych regionach. Wiem, jak to wygląda w Wielkopolsce, z której pochodzę i którą tutaj reprezentuję – coraz częściej wojewoda sięga do takich narzędzi, że zamienia szpitale powiatowe w szpitale jednoimienne. Jeżeli jest to jedyny szpital w danym powiecie, a tak jest między innymi w powiatach słupeckim i średzkim w województwie wielkopolskim – to jest mój okręg wyborczy – rodzi to duże frustracje wśród miejscowej ludności. Nic dziwnego. Zostaje ona w tym momencie tak naprawdę pozbawiona opieki szpitalnej na terenie całego powiatu, mając do dyspozycji…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, pani poseł. Chcę przekazać komunikat. Kworum jest w tej chwili sprawdzane na sali plenarnej. Proszę kontynuować. I jeszcze prośba, pani poseł. Ze względu na liczbę osób, które się zgłaszają, naprawdę starajmy się mówić krótko i na temat. Nie rozbudowujmy.

Poseł Paulina Hennig-Kloska (KO):

Przepraszam, ja mówię o bardzo ważnych sprawach, panie pośle.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja to wszystko rozumiem, tylko proszę o pewną dyscyplinę.

Poseł Paulina Hennig-Kloska (KO):

Jestem bardzo zdyscyplinowana, natomiast mówię o niezwykle ważnych sprawach. Jeżeli bowiem powiaty ok. 70-tysięczne są odcinane od opieki szpitalnej, a mamy w Polsce do czynienia z takimi przypadkami, to niestety jest to spory problem.

Przykładowo w Środzie Wielkopolskiej dopiero po proteście miejscowej ludności, która znowu była zmuszona wyjść na ulice w momencie, kiedy mamy zakaz zgromadzania się, została przywrócona opieka na oddziale ginekologiczno-położniczym. Tego typu problemy, niestety, rodzą ogromne frustracje miejscowej ludności, która czuje, że ich zdrowie i życie nie są należycie chronione. Mało tego, boją się, że w momencie, kiedy dostaną udaru, zawału czy wystąpi nagły poród, nie otrzymają na czas pomocy medycz-

nej, pomocy szpitalnej, bo jednak dojazd do sąsiedniego powiatu, zwłaszcza w środku dnia, często zajmuje dużo czasu.

Tak wygląda dzisiaj sytuacja, panie ministrze, w Polsce powiatowej, która pogłębiła się w październiku. Biorąc pod uwagę zaległości z wykonaniem ryczałtów, a więc również planowanych przyjęć z poziomu kwietnia i maja, to w październiku istotnie ten problem się pogłębił. I myślę, że problem polega właśnie na tym, że nie rozwiążemy go bardzo długo.

W związku z tym chciałabym zapytać pana ministra, kiedy zamierzacie, budując szpitale polowe, odciążyć szpitale powiatowe, przywracając możliwość realizacji planowanych przyjęć? Trudna sytuacja może potrwać do wiosny. Dzisiaj nie wiemy, kiedy tak naprawdę zacznie spadać liczba chorych osób, które trafiają do szpitala z powodu COVID-u. Tworzycie szpitale polowe, ale jak słyszymy, nie pracują one w pełnym zakresie swoich możliwości. Zatem pytanie zasadnicze, kiedy w szpitalach powiatowych, i tych, które zostały całkowicie przekształcone na jednoimienne, i tych, w których stworzono oddziały zakaźne kosztem realizacji kalendarza, będzie przywrócona normalna praca?

Drugi temat, który chciałabym pogłębić, to właśnie teleporady. W innych krajach europejskich teleporady stosuje się zazwyczaj do kontynuacji leczenia choroby już zdiagnozowanej, do wystawiania skierowań i tych podstawowych... Do kontynuacji wystawiania recept itd. W Polsce niektóre POZ pracują w zasadzie w 100% w ramach teleporad, odcinając praktycznie kompletnie wizyty pacjentów, co wydaje się niewłaściwą drogą. Wydaje się, że ta wstępna diagnoza powinna być stawiana, zwłaszcza w schorzeniach czy w przypadku objawów, które mogą być spowodowane przeróżnymi chorobami, a błędna diagnoza może doprowadzić do daleko idących konsekwencji zdrowotnych tudzież dla życia. Jednak ta wizyta pacjenta jest pożądana. Sam pan powiedział, panie ministrze, że uważa, iż w wielu przypadkach jest za dużo teleporad. Czy zamierzacie więc ujednolicić procedury? To ministerstwo dało taką możliwość, to prawda, nikt nikogo nie zmuszał, ale może jednak trzeba szablonowo wskazać, w których momentach pacjent powinien jednak być wizytowany, a poradnia powinna go przyjąć osobiście i zdiagnozować na miejscu.

Ja powiem panu tylko tyle. To przykład z ostatnich dni, z mojego biura poselskiego, gdzie przyszedł pacjent po udarze, nie mogąc dodzwonić się do jednej z przychodni…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, naprawdę, w imieniu pozostałych osób, które chcą zabierać głos, również zdalnie…

Poseł Paulina Hennig-Kloska (KO):

Panie przewodniczący, ja już kończę…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Naprawdę, krócej.

Poseł Paulina Hennig-Kloska (KO):

100 telefonów wykonanych do jednej przychodni z mojego biura w sprawie recepty tego pacjenta nie dało rezultatu dodzwonienia się. Pacjent po udarze chciał receptę. To pokazuje skalę problemu. I znowu pytanie do was, czy w jakiś sposób NFZ, Ministerstwo Zdrowia kontrolują to, co się dzieje w ramach teleporad i dostępności tych teleporad dla pacjentów? Takie kontrole powinny być przeprowadzane moim zdaniem nawet w trudnych warunkach bojowych, w jakich dzisiaj pracujemy. Tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę. Też proszę o dyscyplinę czasową.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Nie obiecuję, bo mam sporo rzeczy do powiedzenia, ale będę się starał. Panie ministrze, muszę zacząć od tego, że mnie pana informacja całkowicie nie zadowala.

Przede wszystkim pan pokazał statystykę z wiosny versus czerwiec–sierpień. Mówiła o tym pani poseł. Zupełnie pominął pan te miesiące, kiedy się zaczął dramat, to znaczy wrzesień, październik, listopad, a analiza zgonów mówi o tym, że właściwie od sierpnia

do października liczba zgonów wzrosła o 15 tys., z czego przypisano COVID-owi mniej więcej 3100 zgonów, podczas gdy według danych z października tylko w październiku liczba zgonów wzrosła o 10 tys.

Sytuacja jest dramatyczna. Właściwie cały personel medyczny zaczyna być przekierowywany na walkę z COVID-em, a w każdym razie znaczna jego część, tak jakby nie było innych chorób. Likwiduje się łóżka internistyczne. Muszę powiedzieć, że w Szczecinku, z którego pochodzę, w mieście 49-tysięcznym, zlikwidowano właściwie cały oddział wewnętrzny, przekierowując go na oddział COVID-owy. Nie muszę panu mówić, co to znaczy dla pacjentów, jeżeli wszystkie szpitale specjalistyczne są w odległości 70 km od Szczecinka, że właściwie nie ma możliwości leczenia się na miejscu. Tym bardziej, że był to szpital o działaniu ponadregionalnym. Likwiduje się więc łóżka internistyczne, operuje się tylko w nagłych przypadkach. Do szpitali nie trafiają chorzy z zawałami, z rozchwianą cukrzycą, z przełomem nadciśnieniowym, obturacyjną chorobą płuc itd. Oni umierają w domach, nie doczekawszy pomocy. Albo w ogóle nie zgłaszają się do lekarzy.

W związku z tym mam pierwszą, podstawową pretensję. Uważam, że przez cały okres pandemii w ogóle nie było ze strony ministerstwa odpowiedniej narracji, przekonującej ludzi, że oczywiście pandemia jest, że jest to jedna z chorób zakaźnych, ale nie należy rezygnować z podjętego leczenia i ze zgłaszania się do lekarzy. Arbitralnie nakazywano szpitalom przejście w tak zwany ostry okres pracy. To zresztą wróciło i nadal jest wykonywane – też pani poseł już o tym mówiła.

I właściwie to, co wydaje mi się najważniejszą rzeczą. Problemem Polski moim zdaniem nie jest wcale duża liczba zachorowań na COVID. Problemem jest liczba zgonów. Jeżeli państwo to przeanalizujecie, okaże się, że liczba zgonów z powodu COVID-u jest zdecydowanie większa niż w innych krajach europejskich, również tych, gdzie, jak wiemy, ta infekcja przebiega bardziej dramatycznie. Nie wiem tak naprawdę, ile osób jest zainfekowanych. Są badania na świecie, przede wszystkim najbardziej znane z Kalifornii, gdzie mówi się, że liczba zainfekowanych jest od 5 do 10 razy większa niż ta, która nam się wydaje, że jest.

Ponieważ więc problemem jest liczba chorych umierających, uważam, że powinni państwo zacząć inaczej podchodzić do sprawy testowania i do sprawy kwarantanny, bowiem przyczyną dużej liczby zgonów jest zła organizacja profilaktyki przeciwko zakażeniu, brak chronienia przede wszystkim osób starych z dodatkowymi chorobami. To, że pozwala się tym ludziom zrobić zakupy osobno między 10.00 a 12.00, to jest w ogóle jakaś kpina. Nic nie zrobiono dla tak zwanej grupy ryzyka. A czego nie mówilibyśmy, w tej grupie ryzyka są ludzie starzy, z dodatkowymi chorobami, a również, choć znacznie mniejsza, liczba osób młodych, które też są poważnie obciążone.

Uważam, że inaczej powinno się do tego podejść. Nie powinno się przede wszystkim testować osób objawowych, ponieważ to nie ma większego sensu. Osoby objawowe dzisiaj właściwie wszystkie są zakażone. Poprzez te testy niczego więcej się nie dowiadujemy. Powinno się przede wszystkim testować osoby, które się stykają z osobami starymi, z grupy ryzyka. Tę grupę, niestety, powinno się izolować. Powinno się zrobić wszystko, żeby objąć ją kwarantanną.

Właśnie ludzie starzy z dodatkowymi chorobami powodują, że szpitale są zatkane. Oni powodują, że zatkane są OIOM-y. Oni są kandydatami do respiratoroterapii, która zresztą, jak pan doskonale wie, jest słabą formą leczenia, ponieważ tak naprawdę przeżywa10% ludzi, którzy są poddani leczeniu respiratorem. Powinno się więc przede wszystkim doprowadzić do tego, być może nawet systemem nakazowym, żeby osoby wyodrębnione przez lekarzy rodzinnych, osoby, które są z ewidentnej grupy ryzyka, zostały w domu, a byli testowani wszyscy ci, który z tymi ludźmi się stykają, czyli wolontariusze, ludzie z MOPS-ów, cały personel medyczny. To jest niezwykle ważne. Jeżeli odetnie się osoby z grupy ryzyka od możliwości zakażenia się, to liczba chorych w szpitalach dramatycznie zmaleje.

To, że większość państw w ten sposób do tego nie podchodzi, naprawdę mnie mało obchodzi. To jest po prostu tak logiczne i powinno być przeanalizowane przez państwa…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Już kończę, ale mam przynajmniej jakiś pomysł, w przeciwieństwie do innych. Tak więc uważam, że to jest rzecz, którą państwo powinni rozpatrywać – nie testować osób objawowych, tylko testować przede wszystkim personel medyczny i wszystkie osoby, które stykają się z grupą ryzyka. A jeżeli grupę ryzyka i wszystkich tych, którzy się stykają, odizoluje się w sposób skuteczny na parę miesięcy... Tu jest bardzo ważny problem rodzin wielopokoleniowych, które razem mieszkają. Te osoby też powinny być regularnie testowane, żeby wszystko robić, żeby zminimalizować liczbę osób starszych z grupy ryzyka, które stykają się z wirusem. Jeżeli to zrobimy, tę sprawę da się z całą pewnością opanować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pani poseł Zawisza może zabrać głos? Bardzo proszę, w takim razie.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja skupię się na jednej rzeczy, żeby ograniczyć liczbę pytań. Ponieważ uzyskaliśmy dosyć wyczerpującą odpowiedź w sprawie onkologii, o którą też chciałam pytać, skupię się wyłącznie na transplantologii.

Pacjenci po przeszczepach są grupą szczególnie narażoną na choroby zakaźne. Przyjmują leki immunosupresyjne, które mogą obniżyć odporność. Z tego względu są też narażeni na ciężki przebieg COVID oraz jego konsekwencje, do śmierci włącznie. Transplantologia w Polsce od wielu lat niedomaga. Warto poświęcić chwilę i zobaczyć, jak ona funkcjonuje w czasie pandemii. Pacjenci przed przeszczepem w tym ciężkim czasie również oczekują na przeszczep organu. Dlatego mam kilka pytań dotyczących zarówno tego, jak wygląda przygotowanie do przeszczepów, jak i opieki nad osobami po przeszczepach.

Chciałabym się więc dowiedzieć, ile wykonano przeszczepów w 2020 r. i jak to się miało do danych z 2019 r.? Ilu do tej pory, w 2020 r., zmarło dawców na milion mieszkańców i czy część z nich była zdiagnozowana z COVID, w związku z czym nie można było pobrać od nich organów? Jak to wygląda w przypadku diagnozy COVID? Jak rząd poradził sobie z dostępnością dializ po wydzieleniu stacji dla pacjentów dodatnich? Ile zawieszono lub zamknięto oddziałów transplantacyjnych na rzecz oddziałów COVID-owych? Czy chorzy po transplantacji mają możliwość bezpłatnego wykonania badań – i tu chciałabym podkreślić: bezpłatnego wykonania badań – w tym poziomu leku immunosupresyjnego w miejscu zamieszkania pacjenta? Jak to wygląda z dostępnością przy ograniczeniu dostępu do ochrony zdrowia z powodu koronawirusa?

Czy pacjenci po przeszczepach, a także, a może nawet przede wszystkim, inne grupy również wysokiego ryzyka, w tym np. w trakcie chemioterapii, mogą korzystać ze wszystkich przywilejów i ułatwień, a jeżeli nie, to dlaczego? Wiemy, że nie. W związku z tym chciałabym zapytać, dlaczego nie mogą korzystać z takich okienek zakupowych albo dlaczego nie tworzy się dla nich priorytetowych usług, które mogłyby odciążyć ich i zminimalizować ryzyko zakażenia? Czy zagwarantowano pacjentom po przeszczepach dostęp do szczepionek na grypę? Czy brani będą oni pod uwagę w pierwszej kolejności przy szczepieniu COVID, jeżeli już ta szczepionka się pojawi?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Chciałbym państwu powiedzieć, że głosowanie zostało zarządzone na sali plenarnej.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Czy zapewniono pacjentom po przeszczepach refundację środków ochrony indywidualnej? A jeżeli Ministerstwo Zdrowia, jak zakładam, nie będzie w stanie odpowiedzieć na wszystkie z tych pytań, to chciałabym otrzymać na piśmie odpowiedź na te pytania, na które nie uzyskam odpowiedzi.

Dlaczego skupiam się na transplantologii? Dlatego, że dostaję do mojego biura poselskiego naprawdę bardzo dużo listów od bardzo zaniepokojonych obywateli i obywatelek, którzy oczekują w tym momencie na przeszczep i nie wiedzą, w jaki sposób koronawirus wpływa na ich sytuację, ale też od osób, które są po przeszczepach i naprawdę są prze-

rażone tym, że mogą się zarazić i nie dostaną odpowiedniej pomocy. W związku z tym chciałabym, żeby ministerstwo potraktowało te pytania naprawdę poważnie, ponieważ jest bardzo duża grupa osób, które czekają na te odpowiedzi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja myślę, szanowni państwo… Widzę kolejne zgłoszenia, spokojnie. Europosłowie też się zgłosili. Pozwólcie państwo, że też ich dołączymy, potraktujemy tak jak posłów. Zaraz udzielę im głosu.

Chcę powiedzieć, że ponieważ w sprawie transplantologii już druga osoba o to pyta, zgłasza się też przedstawiciel fundacji transplantologii, jest propozycja, którą uzgodniłem przed chwilą z panem ministrem, że poświęcimy osobne posiedzenie kwestiom transplantologii, żeby tę sprawę dogłębnie wyjaśnić. Wydaje mi się, że to będzie najwłaściwsze miejsce i forma.

A teraz kontynuujemy pytania. Pozwolą państwo, że też naszym koleżankom z europarlamentu udzielę głosu. Bardzo proszę, pani europoseł Mazurek.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Beata Mazurek:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, ja może gwoli przypomnienia, poinformowania państwa, i jednych, i drugich, że w Parlamencie Europejskim przyjęliśmy rezolucję, w której chcemy europejskiej ochrony zdrowia. Ona wynika oczywiście z faktu, z którym boryka się nie tylko Polska, Europa, ale i cały świat w związku z pandemią koronawirusa. W tej rezolucji jest mowa o wyciągnięciu wniosków z kryzysu, o którym tutaj wszyscy mówimy, a także o zacieśnieniu współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia.

Mamy świadomość tego, i państwo zapewne też, że podstawowa odpowiedzialność za zdrowie publiczne, a w szczególności za systemy opieki zdrowotnej, to jednak wyłącznie domena państw członkowskich. Jesteśmy jednak zdania, że Unia Europejska ma do odegrania ważną rolę w zakresie poprawy zdrowia publicznego, jak i zapobiegania różnym chorobom czy zarządzania walki z nimi. Dlatego chciałabym, żeby państwo, po pierwsze, o tym wiedzieli, a po drugie – dla innych, żeby to zostało przypomniane.

Natomiast odnosząc się bezpośrednio do tematu dzisiejszego posiedzenia Komisji, to ja chciałabym prosić pana ministra o to, by zwrócił uwagę na monitorowanie sprawności oddawania osocza przez ozdrowieńców, o czym już tu była mowa, ponieważ, mimo że jestem w Parlamencie Europejskim, do mojego biura poselskiego też takie sygnały dochodzą, że są kolejki albo że ludzie nie mogą tego osocza dostać. A po drugie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, pani poseł, chciałbym powiedzieć wszystkim, że odbywa się teraz kolejne głosowanie na sali plenarnej. Proszę kontynuować.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Beata Mazurek:

A po drugie, wiem o tym, że jeśli są wyznaczane wizyty, np. do onkologów, to te wizyty się odbywają. I chciałabym pana prosić o jedną rzecz, żebyście uczulili dyrektorów tych jednostek, w których odbywają się te wizyty, żeby jednak zwracali uwagę na to, by pacjenci zachowywali między sobą dystans. Byłam ostatnio opiekunem osoby, która korzystała z porady onkologicznej. Niestety to, co zobaczyłam, trochę mnie przeraziło, bo o ile ludzie mieli maseczki i były one założone właściwie, o tyle gorzej było z dystansem i nikt na to, niestety, nie zwracał uwagi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani europoseł Zalewska.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Anna Zalewska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, pandemia w Unii Europejskiej przebiega bardzo podobnie. Wymyka się, tak naprawdę, spod wszystkich możliwych algorytmów i matematycznych przewidywań. Dlatego moje zdziwienie budzą pytania, żeby powiedzieć, co wydarzy się w marcu. Tego po prostu wyliczyć się absolutnie nie da.

Systemy zdrowia w całej Unii Europejskiej wyglądają bardzo podobnie. Ogromny szacunek dla lekarzy, dla pielęgniarek, dla personelu medycznego w całej Unii Europejskiej, dlatego że słyszymy za każdym razem, że potrzebują wsparcia, pomocy, pieniędzy. Każdy kraj członkowski odpowiada na te wszystkie apele, bo tak jak pani europoseł słusznie zauważyła, służba zdrowia nie jest zapisana w traktatach, jest ona wyłączną kompetencją krajów europejskich. Dlatego też z dużą trudnością przebiega koordynacja. Ona została tak naprawdę wymuszona po dwóch miesiącach zamknięcia Europy w marcu–kwietniu i polega na spotykaniu się, rozmawianiu na temat rozwiązań i przykładów w poszczególnych krajach członkowskich, jak również na przystępowaniu do wspólnych przetargów dotyczących maseczek, sprzętu czy też szczepionek, o których państwo ostatnio tyle słyszą.

Chcę powiedzieć, że w tej chwili toczy się w Parlamencie Europejskim duża dyskusja i europosłowie są zirytowani, dlatego że nie otrzymali informacji – wszyscy europosłowie, bez względu na to, w jakim są ugrupowaniu czy w jakiej grupie politycznej – na temat treści umowy z firmami, które produkują szczepionkę. W europarlamencie jest jednak duży dystans do szczepionki, która wymusza bardzo skomplikowaną dystrybucję. Dlatego pojawiają się już zapowiedzi, że jednak będą podpisywane umowy z różnymi innymi firmami.

Z tego wynika moje pierwsze pytanie do ministerstwa. Jak często odbywają się spotkania koordynacyjne czy to premierów, zarządzone przez przewodniczącego Rady Europejskiej, czy na poziomie Rady Unii Europejskiej, jeżeli chodzi o ministrów zdrowia? Jednocześnie chcę powiedzieć, w jaki sposób państwo uczestniczyli w tworzeniu następnego wieloletniego programu – Unia Europejska dla zdrowia. Tam będzie wielokrotnie więcej pieniędzy, oczywiście na te zadania, które są związane między innymi z pandemią, z COVID-em.

Poszczególne kraje członkowskie są wyłączone spod traktatów, a koordynacja jest ograniczona – i myślę, że chyba taka powinna pozostać, byleby ona była sprawna. Toteż moje pytanie. Rozmawiamy oczywiście z eurodeputowanymi ze wszystkich krajów europejskich, które też pokazują różnego rodzaju rozwiązania, jeżeli chodzi o tymczasowe szpitale… Chcę zapytać, czy zmierzyliście państwo potencjał uzdrowisk i sanatoriów, które są z reguły spółkami? Przed nimi bardzo duże kłopoty finansowe, być może zamknięcia, dlatego że nie ma tam pacjentów, a są to dobrze wyremontowane miejsca, z reguły z osobnymi toaletami, które świetnie nadają się na takie tymczasowe szpitale, tym bardziej że one są blisko obywateli, w powiatach. Mają kadrę, która do opieki podstawowej jest przygotowana, a dosłownie 20 km dalej lekarzy w szpitalach powiatowych, którzy – mam nadzieję na przyjętą ustawę – skierowani do pracy w takim miejscu mogliby otrzymywać o 100% więcej wynagrodzenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Szopiński, proszę.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja na początek miałbym uwagę do pana przewodniczącego. Panie przewodniczący, niech pan nie będzie niegrzeczny wobec mojej osoby i wtedy, kiedy ja korzystam ze swojego prawa i się zgłaszam, nie komentuje, że się spóźniłem. Proszę pana, ja się nie spóźniłem. Byłem na posiedzeniu Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych i nie jest moją winą, że pańscy koledzy dzisiaj do godziny pół do czwartej w nocy reformowali polski sport – zarządzanie polskim sportem, finansowanie polskiego sportu. I to bynajmniej nie na posiedzeniu Komisji Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, panie pośle. W takim razie przepraszam za tę uwagę. Proszę do rzeczy, bo naprawdę szkoda czasu.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Mamy jeszcze dzisiaj niedługo głosowanie i dużo zgłoszeń. Szanowni państwo, mam zgłoszenia od osób, które są na łączach, więc naprawdę proszę, do rzeczy.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

I druga kwestia w tej sprawie. Niech pan nie mówi do mnie, żebym zapoznał się z materiałem…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, naprawdę, ja już powiedziałem, przeprosiłem pana. Niech pan zajmie się zadawaniem pytań.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

…bo chyba pan, panie przewodniczący, z tym materiałem się nie zapoznał, bo ten materiał otrzymaliśmy drogą elektroniczną. Natomiast ja mam…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja się z nim zapoznałem i podziękowałem panu ministrowi, więc jednak pan nie słuchał tego, co mówiłem do pana ministra w tej sprawie.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Proszę wobec mnie nie czynić takich uwag. Mam dwa pytania. Pierwsze, dotyczące wypowiedzi pana premiera, który podziękował w Polsce wszystkim zaangażowanym w dystrybucję szczepionki COVID. No, ja tak daleko nie spoglądam. Ja spoglądam na zaangażowanie w sprawie szczepionki grypowej. I w związku z tym mam uprzejmą prośbę o odpowiedź na pytanie, w jaki sposób wygląda w Polsce dystrybucja szczepionki na grypę? Czy ta szczepionka jest, czy jej nie ma? Do kogo ona dotarła? Co jest ze szczepieniem emerytów, którzy mieli takie szczepienia obiecane? I uprzejmie bym prosił o to, ponieważ tyle różnego typu wypowiedzi w tej kwestii jest, aby mi państwo odpowiedzieli na piśmie. Byłbym zobowiązany.

Druga kwestia. Bardzo jestem rad i zadowolony z tego, że na sali gościmy europosłów. W związku z tym mam uprzejme pytanie też do państwa. Mianowicie w maju bieżącego roku w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego zostało przeznaczone na początek 10 mld zł, w funduszu na rzecz odbudowy, na działania związane z COVID-19 w ramach wspólnych działań europejskich na rzecz zaopatrzenia szpitali w sprzęt, upowszechnienia narzędzi elektronicznych i cyfrowych. W związku z tym mam uprzejmą prośbę do państwa – jak wygląda kwestia dotycząca z jednej strony tego programu? A z drugiej strony ma on być uruchomiony na początku 2021 r. – jakie jest na dzień dzisiejszy finansowanie tego programu i jak państwo oceniają współpracę międzynarodową w tej kwestii? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze gwoli wyjaśnienia, bo widzę kolejne zgłoszenia europosłów – wcześniej ich nie widziałem, państwo przedtem nie sygnalizowali chęci zabrania głosu – pan poseł Rutka, a później państwo. Bardzo proszę, pan poseł Rutka.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję, Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, tylko gwoli wyjaśnienia, pan przewodniczący spóźnił się 10 minut. To drobiazg, ale ten drobiazg dość często się powtarza.

Chciałbym powiedzieć o kwestii badań profilaktycznych. Otóż w tej pierwszej fazie wiosennego lockdownu znacznie spadła liczba wykonywanych badań, m.in. mammograficznych. Dla przykładu: w województwach śląskim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim o ponad 90%, a cytologicznych od 85 do 95%.

Z racji tego, że nie chciałbym powielać rzeczy, które zostały już wcześniej powiedziane, zacytuję tylko krótko wypowiedź pana prof. Jacka Jassema, kierownika Katedry Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz prezesa zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem, na marginesie, usuniętego przez Ministerstwo Zdrowia z grona ekspertów Krajowej Rady ds. Onkologii. Pan profesor mówi jasno, że jeśli chodzi o zagrożenia, które wywołane są koronawirusem, to oczywiście są one bardzo poważne, jednak widzi bardzo wiele zaniedbań ze strony systemu ochrony zdrowia. Jak również

to, że za mało było działań, które mają za zadanie zwiększyć dostępność do świadczeń z zakresu onkologii.

Moje pytanie, dość konkretne, brzmi następująco: jakie działania promocyjne i zwiększające świadomość pacjentów lub potencjalnych pacjentów poczyniło Ministerstwo Zdrowia w czasie pandemii koronawirusa, zarówno tej wiosennej, jak i tej jesiennej? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ przez maseczki nie jestem w stanie państwa rozpoznać, to proszę o przedstawianie się. Teraz widzę. Pani europoseł Milczanowska.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Andżelika Możdżanowska:

Dziękuję bardzo. Możdżanowska, panie pośle, ale… Dobrze, oczywiście. Przecież nie chodzi o…

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo panie ministrze, za oczywiście usystematyzowanie tego ważnego tematu i problemu, który dotyczy wszystkich krajów, nie tylko Unii Europejskiej, ale i całego świata, bo to jest walka, której żaden świat nie był w stanie przewidzieć. Chciałabym się odnieść w dwóch zakresach do przedstawionego sprawozdania pana ministra, odnośnie do profilaktyki w zakresie mammografii, cytologii czy planowanej profilaktyki jelita grubego i tych spadków, o których pan minister wspominał.

Rzeczywiście profilaktyka realizowana w regionach pokazuje ten problem, ale też wskazuje na problem innego typu, ponieważ wiele ośrodków skorzystało ze środków unijnych w ramach programu zdrowotnego na lata 2014–2020. Czy istnieje zagrożenie utraty tych środków? Te ośrodki na chwilę obecną nie mogą wykazać się statystyką, która była zakładana w zakresie profilaktyki.

Moje drugie pytanie dotyczy programu pozyskiwania osocza. Dzisiaj odbywa się to poprzez oddziały stacjonarne, ale mamy przecież także ozdrowieńców, którzy są skupieniu w dużych ogniskach. Poprzez walkę z koronawirusem w zakresie wybuchu tych ognisk, chociażby w dużych zakładach, jest możliwość pozyskania osocza wśród tych ozdrowieńców, ale rzeczywiście wymaga to pewnej mobilności. Czy ministerstwo rozważało możliwość wyposażenia mobilnych stacji do poboru krwi, do poboru osocza? Wiem, że takie sygnały padają z zakładów pracy. Wtedy możliwość byłaby dużo większa w kwestii współpracy, wykorzystania tych osób i ich deklaracji oddania osocza. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Kolejna osoba, proszę.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Jarosław Duda:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Jarosław Duda. W polskiej rzeczywistości politycznej to imię i nazwisko powinno się dobrze kojarzyć, więc proszę mnie zapamiętać. Natomiast pytanie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja znam i pamiętam, tylko te maseczki naprawdę uniemożliwiają czasem… Proszę bardzo.

Poseł do Parlamentu Europejskiego Jarosław Duda:

Krótkie pytanie do pana ministra, do ministerstwa. Bardzo niepokojące wieści docierają, jeśli chodzi o kwestię łóżek psychiatrycznych na potrzeby dzieci i młodzieży. Chciałbym zapytać pana ministra, czy to jest prawda, że państwo w ramach potrzeb COVID-owych likwidujecie te łóżka? Jaka to jest skala, jeśli to jest prawd? To jest niesłychanie niepokojące, żeby jednak w tym obszarze szukać wolnych łóżek, bo i tak wiemy, jaki jest stan polskiej psychiatrii, jeśli chodzi o dzieci i młodzież. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Sójka, proszę.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, oczywiście, tak jak mówiliśmy, pojawienie się koronawirusa – tego nowego koronawirusa – nie sprawiło, że inne choroby znikły czy zatrzymały swój postęp, czy już nie będą się pojawiać. Oczywiście jest tak, że z powodu koronawirusa coraz więcej osób z innymi chorobami trafia do lekarza niestety zbyt późno. Myślę jednak, że odpowiedzialność za tę sytuację jest nie tylko po stronie opieki medycznej, ale również po stronie chorego. Ponieważ jestem lekarzem, mam kontakt z wieloma pacjentami, dzwonią do mnie telefonicznie. Jeżeli jednak mają się udać na badania do lekarza, do specjalisty, to wolą się wycofać. To też na pewno jest duże źródło problemu, że zbyt późno są diagnozowane niektóre choroby.

Natomiast, odwołując się do słów pani poseł – pani poseł już nie ma tu na sali – ja też jestem z Wielkopolski i oczywiście rozumiem, że mogą się pojawić takie sytuacje jak w Środzie Wielkopolskiej, spowodowane właśnie koronawirusem, jednak absolutnie uważam, że nie można tego generalizować. Mam cały czas kontakt ze szpitalami w południowej Wielkopolsce. Współpracujemy z wojewodą wielkopolskim. Współpracujemy również z panią poseł Możdżanowską.

Muszę powiedzieć, że jeżeli chodzi o Wielkopolskę, to należy na pewno podkreślić, że pomimo tych wielokierunkowych utrudnień, bo to jest utrudnienie dostępu do diagnostyki… Jest to związane z kwarantanną personelu, a więc z izolacją personelu, którego czasowo jest mniej, również z przekształcaniem łóżek w różnych oddziałach, co powoduje ograniczenie tych łóżek, np. internistycznych czy kardiologicznych, i przekształcenie ich na COVID-owe. Również jest kwestia pewnej zmiany kontaktu z pacjentami w formie teleporad, stresu. Tych aspektów jest dużo. Jednak mimo tych wszystkich utrudnień, koordynując to w Wielkopolsce przy współpracy... Uważam, że mimo wszytko tych łóżek ani łóżek COVID-owych nie brakuje. Współpraca jest na tyle dobra, że tych łóżek powoli przybywa w określonych miejscach. Również nie brakuje takich łóżek do diagnostyki. Mimo tych wszystkich utrudnień tych łóżek u nas nie brakuje.

Wracając jednak do poruszonych wcześniej telporad, mam takie pytanie. Czy planuje się, aby taką formę teleporad, która jest stosowana teraz, dostosować w pewnym stopniu i wprowadzić do użytku w okresie postCOVIDowym? Mam jeszcze jedno pytanie. Czy obserwowano w czasie tej pandemii, w zasadzie od marca czy od kwietnia, spadek chorób zakaźnych, szczególnie u dzieci? I czy można takie wnioski wyciągnąć, że stosowanie DDM, czyli dezynfekcja, dystans i maseczki, spowodowało spadek chorób zakaźnych, chociażby dziecięcych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I na koniec rundy pytań posłów ja zabiorę głos. Na początek chciałem raz jeszcze podziękować panu ministrowi za bardzo dobre przygotowanie materiału. Dziękuję także za te wyjaśnienia w czasie posiedzenia Komisji, które były, i za tę już złożoną deklarację osobnego porozmawiania na temat związany z transplantologią, bo to jest rzeczywiście trudna sprawa w sytuacji pandemii.

Mam jeszcze informację dla pana europosła Dudy. W dniu jutrzejszym odbywa się posiedzenie Komisji wspólnie z Komisją Edukacji, Nauki i Młodzieży, które będzie poświęcone problemom psychiatrii. Zapraszam więc serdecznie do udziału w tym posiedzeniu Komisji. Dalej. Szanowni państwo, naprawdę spróbujmy na pewne rzeczy popatrzeć racjonalnie. Zresztą w większości te pytania i głosy były bardzo racjonalne, ale kilka rzeczy trzeba podsumować. Ja też chcę o kilku rzeczach powiedzieć do pana ministra.

Otóż po pierwsze nie jesteśmy w stanie ocenić tego, szanowni państwo, co się dzieje w październiku i listopadzie, a cóż dopiero prognozować, co będzie w przyszłym roku, w sytuacji kiedy tak naprawdę nikt niczego nie wie. Wystarczy, że wspomnę już słynne opinie WHO z początku roku, które w ogóle nie przewidywały takiego rozwoju pandemii, w szczególności w Europie, a więc nikt z nas tego nie wie, wszyscy zdobywamy doświadczenia. Powiem państwu więcej – w moim przekonaniu upłyną jeszcze być może całe lata, zanim tak naprawdę zrozumiemy mechanizm funkcjonowania nas w tej chorobie.

Proszę zwrócić uwagę na to, że w jednej rodzinie – państwo pewnie sami możecie podać liczne tego przykłady – ktoś choruje ciężko, a pozostali domownicy, mimo stałego

kontaktu, w ogóle nie zachorowali. Nie, że mają przebieg bezobjawowy, ale w ogóle nie zachorowali. Są osoby, które mają choroby towarzyszące i przechodzą tę chorobę stosunkowo łagodnie, a są osoby, które – już dobrze, pomińmy te osoby, rzadkie na szczęście, które nie miały chorób towarzyszących i są młode – też mają podobne choroby towarzyszące i przebieg jest nie tylko ciężko, ale dochodzi do zgonów.

Zatem tak naprawdę o patomechanizmie, o samym wirusie, to my – w sensie świat – bardzo mało wiemy. Dopiero po latach, prawdopodobnie, to poznamy i będziemy więcej wiedzieć na ten temat. I powiem szczerze, że z tych względów, przy tych różnych, pełnych nadziei głosach związanych z nową szczepionką, ja jestem osobiście bardzo ostrożny i generalnie namawiam do ostrożności. Oby wszystko się potwierdziło, co mówią koncerny i oby te szczepionki były bardzo skuteczne i były jak najszybciej. Ponieważ jednak my tak mało wiemy o tym wirusie, to może się okazać, że niestety rzeczywistość będzie dużo bardziej brutalna. Oby nie.

To, co wiemy na pewno – i tu odnoszę się do jednego z głosów, które padły w pytaniach – osocze ozdrowieńców jest rzeczywiście skuteczne. Warto o tym pamiętać, robić wszystko, aby z jednej strony apelować o oddawanie tego osocza, a z drugiej strony stworzyć możliwości korzystania z niego, bo oczywiście pojawiają się zwłaszcza dwa leki – państwo też to pewnie wiecie – które są reklamowane, również w obiegu pomiędzy lekarzami, jako skuteczne przy koronawirusie, ale te opinie, tak naprawdę, są sprzeczne. Ja to próbowałem weryfikować – od bardzo przekonującej rekomendacji jednego ze szpitali uniwersyteckich, poprzez negatywne rekomendacje z innego szpitala, również uniwersyteckiego. Tak więc te doświadczenia są bardzo indywidualne. Pewnie dopiero po czasie okaże się, że określone inne uwarunkowania, może moment włączenia tej terapii, były decydujące. Tego wszystkiego jeszcze nie wiemy, tak jak zresztą wielu innych rzeczy o tym wirusie.

Kolejna sprawa. Szanowni państwo, to widać ewidentnie – zresztą pan minister to pokazał – było na wiosnę to tąpnięcie, kwiecień–maj, kiedy rzeczywiście służba zdrowia była taka, że właściwie zastygło wszystko w oczekiwaniu i pewnej obawie przed tym wirusem. Później nastąpił okres nadrabiania zaległości. Jesteśmy właściwie pod tym względem na dobrej drodze, aby te zaległości nadrobić. Oczywiście jasne jest to, że nie wszystko da się nadrobić, bo jeżeli mówimy o tych schorzeniach, w przypadku których nie można czekać, to wspólnie powinniśmy chyba do takiej konstatacji dojść, że ci pacjenci, którzy mogą zaczekać, gdy nie ma absolutnej pilności z różnych powodów, rzeczywiście niech zaczekają. Natomiast są schorzenia, są jednostki chorobowe, w przypadku których czekać nie można. I jeżeli przegapiono pewien moment w kwietniu, w maju, to pewnych rzeczy już nie da się odrobić i być może za jakiś czas okaże się przy głębszej analizie, że tak właśnie się stało i to jest przyczyna części zgonów, do których doszło.

Przy czym, pamiętajmy też, że tak naprawdę będziemy mieli większą wiedzę, oceniając cały rok. Ocena tygodnia czy miesiąca może być absolutnie nieadekwatna. Dobrą rzeczą jest to, że ministerstwo, po pierwsze, widzi ten problem i stworzyło wszelkie możliwości, razem z NFZ, aby te zaległości odrabiać. Po pierwsze dobre jest to, że jest sygnał uwolnienia limitów, jeżeli chodzi o AOS. Rozumiem, że w kwestii szerokiej możliwości też to jest teraz uruchamiane, nie ma limitów, ale chodzi o to, aby jak najwięcej podmiotów mogło realizować w tym krytycznym okresie możliwość diagnozowania, żebyśmy ten dystans ewentualnie nadrabiali, plus żeby była zastępowalność. Czyli jeżeli z powodu koronawirusa pracownia jest zamknięta nawet na dwa tygodnie, żeby można było wykonywać badania gdzieś indziej.

Jest też jest oczywiście problem teleporad. Państwo o tym mówili, mówił o tym też pan minister. W moim przekonaniu trudno znaleźć algorytm, narzucony z góry podmiotom, że w takiej sytuacji należy postąpić tak i tak, a w innej sytuacji należy wykonać teleporadę. Każdy z nas ma pewnie przykłady ze swojej miejscowości. Ja również takie mam. Przecież wszystkie te POZ, przynajmniej na poziomie Bydgoszczy, ale pewnie i większości miast i wielu miejscach w Polsce, to są tak naprawdę podmioty niepubliczne. Niektóre potrafią to zorganizować tak, że oprócz wykonywania teleporady rejestrują pacjentów na poszczególne godziny. W ten sposób nie mają oni ze sobą kontaktu lub jest on ograniczony. Inni rzeczywiście zamknęli się w teleporadach. To jest kwestia

pewnej odpowiedzialności lub jej braku. To jest kwestia ewentualnie do wyciągania wniosków później, nie tylko przez NFZ, ale też przez samych pacjentów, którzy – przypominam – mają prawo wyboru i zmiany swojego lekarza rodzinnego, jeżeli raz, drugi, trzeci czy notorycznie w ten sposób to traktuje. Ja rozumiem, że są sytuacje szczególne, ale jeżeli coś jest stałym elementem, to z pewnością to normalne nie jest.

I wreszcie, szanowni państwo, myślę, że na ten temat, jak funkcjonuje służba zdrowia obok COVID-u, powinniśmy rozmawiać częściej – też bez przesady, bo nowe informacje co miesiąc nie będą się pojawiać. Z pewnością za jakiś czas do tego tematu, nawet bez art. 152, powinniśmy wrócić, zakładając, że wszystkim nam zależy, żeby ten system funkcjonował jak najlepiej. Nie jest to proste. Tu ktoś z państwa powiedział słusznie – chyba pani poseł Sójka, ja to też słyszałem – że część pacjentów po prostu boi się iść do lekarza, obawiając się zarażenia koronawirusem. I to też jest coś, co w tym wszystkim trzeba uwzględniać, patrząc na statystki, na funkcjonowanie obecnie ochrony zdrowia.

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Mamy, szanowni państwo, wiele zgłoszeń na łączach, jeżeli to tak mogę określić. Wszystkich państwa, którzy będą zabierać głos, bardzo bym prosił o krótkie wypowiedzi, dlatego że mamy ograniczony czas. Pierwszą osobą, która się zgłosiła, jest pani Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Postaram się bardzo krótko. Mam kilka pytań do pana ministra Gadomskiego.

Pierwsze stwierdzenie jest natury bardziej ogólnej. Cały czas słyszymy, że pacjenci się boją. Chciałabym przypomnieć, że Ogólnopolska Federacja Onkologiczna wystosowała apel o to, żeby nie obciążać pacjentów wszelkimi patologiami systemowymi, ale mam takie pytanie. Jeżeli jest wiedza, że pacjenci się boją, to chciałabym się dowiedzieć, co zrobiono, żeby pacjenci przestali się bać? Przypomnę hasło „Zostań w domu", które skutecznie sprawiło, że pacjenci rzeczywiście się przestraszyli.

Drugie pytanie. Usłyszeliśmy, że zaskoczyła nas epidemia. Otóż chciałabym przypomnieć, że Ogólnopolska Federacja Onkologiczna od maja apelowała o przygotowanie strategii na czas jesiennej fali epidemii. Jestem trochę zaskoczona tym zaskoczeniem, ponieważ organizacje pacjentów wiedziały, że jesienią będzie szalenie trudna sytuacja. Z tego wynikały nasze liczne apele i prośby.

Mieliśmy również możliwość dwukrotnie spotkać się z panem ministrem Gadomskim. Przewidując te sytuacje, przygotowaliśmy nasze rozwiązania, uznaliśmy bowiem za stosowne pomóc jakoś pacjentom onkologicznym odnaleźć się w tej sytuacji. Między innymi prosiliśmy o system informacji dla pacjentów onkologicznych, którzy dowiadują się, że ich ośrodek, szpital jest zamknięty, i nie wiedzą, co mają ze sobą dalej zrobić. Niestety ze strony pacjentów sytuacja nie wygląda tak dobrze, jak to jest w tej chwili przedstawiane.

W trakcie dwóch spotkań wakacyjnych, bo więcej pan minister już się nie chciał z nami spotkać, usłyszeliśmy, że jest tak duże zabezpieczenie w środki ochrony osobistej że, pozwolę sobie zacytować: „magazyny się nie domykają". Tymczasem mamy coraz więcej informacji, że kadra medyczna, niestety, cierpi z powodu braku środków ochrony osobistej. W związku z tym pytam, jak w tej chwili wygląda to zabezpieczenie w ośrodkach onkologicznych, czy ono rzeczywiście jest takie duże, że z magazynów wypada?

I ostatnie moje pytania. Wczoraj na konferencji prasowej usłyszeliśmy, że planem zapewnienia dostępności opieki onkologicznej jest wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej. Tego samego dnia opublikowano raporty, które centrala Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowała dla Ministerstwa Zdrowia. Na pierwszej stronie tego najnowszego dokumentu zostało wskazane, że na przykład w województwie pomorskim uruchomienie tego rozwiązania, które objęło finalnie bardzo niewielki odsetek pacjentów, zajęło wiele miesięcy. Poza tym te dokumenty nie zawierają żadnego dowodu na skuteczność sieci jako narzędzia, które może pozytywnie wpłynąć na sytuację pacjentów. W związku z tym bardzo proszę o odpowiedź na dwa pytania: w jakim terminie resort zdrowia chce wdrożyć sieć onkologiczną w Polsce i w jaki sposób?

Powołam się jeszcze na badania Fundacji Onkologia 2025. Od razu powiem, że z naszej strony badania przeprowadzone przez organizacje onkologiczne są bardzo rzetelne i nie widzę powodu, żeby…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bardzo bym prosił, żeby pani do puenty zmierzała. Bardzo o to proszę.

Prezes zarządu OFO Dorota Korycińska:

Tak. To jest drugie moje pytanie. W jaki sposób resort chce przywrócić dostępność świadczeń z zakresu radioterapii i chirurgii, których liczba spadła o połowę?

I ostatnie moje pytanie. Czeka nas wzrost liczby późnych rozpoznań chorób nowotworowych. Czy rząd zamierza…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja przepraszam bardzo, ale naprawdę są inne osoby. Pan minister mówił o świadczeniach w chirurgii i podawał inne dane. Nie słuchała pani.

Prezes zarządu OFO Dorota Korycińska:

Zadaję ostatnie pytanie. Czy rząd zamierza skierować dodatkowe środki na leki o udowodnionym wpływie na długość życia pacjentów? I to jest wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz proszę o zabranie głosu panią Aleksandrę Rudnicką, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Bardzo proszę.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Dziękuję za zaproszenie i możliwość zabrania głosu. Myślę, że jesteśmy w takiej sytuacji, że nie powinniśmy się tak bardzo przyglądać temu, co było. Oczywiście jest to potrzebne do analizy i dalszych działań, ale najważniejsze jest to, co mamy teraz i tutaj. A w tej chwili sytuacja wygląda tak, że musimy się zająć pacjentami onkologicznymi, którzy mają już zdiagnozowany COVID. Wystosowaliśmy nasz kolejny apel, bo pierwszy apel dotyczył tego, o czym mówiła pani Dorota Korycińska. Apel dotyczył tego, że zachęcaliśmy pacjentów, żeby się leczyli onkologicznie także w czasie pandemii. I ten apel też odniósł swój skutek.

Natomiast teraz apelujemy o to, aby tworzyć małe obserwacyjne, buforowe oddziały w dużych centrach onkologii, żeby te centra onkologii dofinansować w związku z tym. Nie może być sytuacji takiej, że pacjent zostanie zdiagnozowany onkologicznie, zostanie już skierowany, np. na chemioterapię, i usłyszy: „ma pan COVID". I rozkładamy ręce, bo wiadomo, że w szpitalu jednoimiennym, w szpitalu zakaźnym, on nie dostanie tego leczenia. Nie dostanie chemioterapii i nie będzie leczony. Myślę więc, że najlepszym rozwiązaniem jest tworzenie takich małych, buforowych oddziałów obserwacyjnych. Takie oddziały powstały. Na przykład powstał taki oddział w Dolnośląskim Centrum Onkologii. Trochę niewypałem było zamienienie całego szpitala przy ul. Wawelskiej na szpital COVID-owy, bo nie można w nim leczyć pacjentów, którzy mają chłoniaka, ponieważ nie ma hematoonkologów. Nie można też likwidować oddziałów, które tam są niezbędne. Wiem, że nie zostały na szczęście zlikwidowane. Mówię o radioterapii dla dzieci.

Oczywiście, jesteśmy w sytuacji, w której nie ma mądrych, co wszyscy podkreślamy. Nie ma jakichś dobrych rozwiązań, nawet międzynarodowych. Uczestniczymy w konferencjach międzynarodowych dla pacjentów. To, co tam słyszymy, świadczy o tym, że sytuacja wcale nie jest lepsza niż w Polsce, a powiedziałabym, że często nawet gorsza – tam jakby mniej się robi. Natomiast pan minister mówił o profilaktyce. Bardzo ważna oczywiście jest profilaktyka, przywrócenie jej roli i rozszerzenie jej roli, ale przede wszystkim jest ważna diagnostyka. Jeśli bowiem w raku płuca nie zaczniemy diagnozować pacjentów… Sytuacja jest taka, że co roku mamy 24 tys. tych pacjentów, a tylko 3 tys. jest w programach lekowych. To po co nam te programy lekowe, jeśli do nich nie trafiają pacjenci, bo nie zostają zdiagnozowani?

Jeszcze chciałabym podkreślić wielką rolę rzecznika praw pacjentów w tej sytuacji. Rzecznik praw pacjenta przejął rolę interwencyjną. Rzeczywiście gasi pożary, pomaga w bardzo trudnych sytuacjach. Chciałabym postulować, żeby zwiększyć możliwość

działania rzecznika praw pacjenta o oddziały terenowe, bo rzecznicy, którzy nazywają się rzecznikami praw pacjenta, a są w oddziałach i szpitalach, to nie są nasi rzecznicy. To są rzecznicy szpitali. Bardzo jest więc nam potrzebne rozszerzenie możliwości działania rzecznika. Wiemy, że w tej chwili rzecznik stara się o to, żeby też móc przeprowadzać kontrole w domach pomocy społecznej, bo do tej pory nie mógł. I bardzo bym prosiła, żeby ten nasz apel o tworzenie takich oddziałów został przez ministerstwo rozpatrzony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz proszę o zabranie głosu pana Grzegorza Perzyńskiego, prezesa Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG. Bardzo proszę. I chciałbym od razu panu powiedzieć, że pan tu ma szczególną sytuację, bo jest deklaracja, że będzie posiedzenie Komisji w tej sprawie, więc tym bardziej prosiłbym o krótkie zabranie głosu.

Prezes Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG Grzegorz Perzyński:

Dobrze. To tak ekspresowo. Witam serdecznie szanowną Komisję, witam pana ministra. Panie przewodniczący, bardzo chciałbym podziękować za zaproszenie na dzisiejsze obrady i możliwość zabrania głosu.

Nazywam się Grzegorz Perzyński. Jestem prezesem Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG. Jestem już 18 lat po przeszczepie wątroby, ale w mojej rodzinie pierwszy był mój brat, który w 2001 r. miał przeszczepioną nerkę. Kilka lat temu miał drugie przeszczepienie. Chcielibyśmy wykorzystać nasze dość dramatyczne doświadczenia w działalności naszej fundacji na rzecz polskiej transplantologii.

Tak jak pisałem państwu indywidualnie w mailach z prośbą o interpelację do pana ministra zdrowia oraz pilne powołanie podkomisji do spraw transplantologii, która tak naprawdę wyczekiwana jest przez nasze środowisko, nasza grupa pacjentów po transplantacji jest niestety w wyjątkowo dramatycznym położeniu, jeśli chodzi o zagrożenia związane z COVID-19. Wynika ono z leczenia immunosupresyjnego, czyli, jak wiadomo, znacznego obniżania naszej odporności, co jest obecnie śmiertelnym zagrożeniem dla naszych pacjentów, ale także z powodu przekształcania – ja to nazywam COVID-owaniem – oddziałów transplantacyjnych na rzecz jednostek COVID-owych.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym zaprezentować, ale tylko w dwóch punktach, zalecenia związane z zagrożeniem wirusem SARS-CoV-2 dla pacjentów po transplantacja narządowych, zatwierdzone przez prof. Lecha Cierpkę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo, żebyśmy mieli jasność. Proszę zadać pytanie panu ministrowi. Temat na ewentualnie trochę szerszą dyskusję będzie na osobnym posiedzeniu Komisji. Jeżeli pan ma jakieś pytania, to proszę je zadać. To raczej my pytamy pana ministra, a nie oglądamy pana prezentację. Będziemy mogli dłużej rozmawiać na posiedzeniu Komisji.

Prezes Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG Grzegorz Perzyński:

Dobrze. Rozumiem. Chciałbym się odwołać do tych zaleceń jako zaleceń konsultanta krajowego do spraw transplantologii, ale rozumiem, że będzie okazja kiedy indziej.

Jeśli chodzi o pytanie do pana ministra. Panie ministrze, zapytam dramatycznie – kiedy nastąpi kres zamiany łóżek czy oddziałów transplantacyjnych na oddziały COVID-owe? Sytuacja w naszym kraju, jeśli chodzi o oddziały przeszczepienia wątroby, jest dramatyczna. Obecnie funkcjonują tylko dwa ośrodki. To jest ośrodek w szpitalu przy ul. Banacha w Warszawie, który, jak wiemy, decyzją wojewody ma zostać przekształcony, przynajmniej częściowo, na oddział COVID-owy.

Sytuacja w gdańskim oddziale transplantacyjnym, jeśli chodzi o wątroby, z dnia na dzień jest coraz bardziej dramatyczna. Również następuje anektowanie łóżek na rzecz łóżek COVID-owych…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja przepraszam. Niech pan będzie uprzejmy sformułować pytanie, postulat do pana ministra. Bardzo bym prosił.

Prezes Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG Grzegorz Perzyński:

No dobrze. To jest bardzo złożona sytuacja i bardzo dramatyczna, chciałbym więc przy okazji podziękować posłance Zawiszy, która ujęła nasze postulaty, do których zalicza się przed wszystkim kwestia zamykania i ograniczania funkcjonowania oddziałów transplantacyjnych na rzecz oddziałów COVID-owych.

W ramach uzupełnienia chciałbym podać dane Poltransplantu za październik 2020 r. Jest tylko 76 przeszczepień, jeśli chodzi o przeszczepienia od zmarłych dawców. W analogicznym okresie rok temu była to liczba 140, chociaż i tak jest ona dla nas niezadowalająca i bardzo niska.

Kolejna kwestia. Tak jak wspomniała wcześniej posłanka Zawisza, proszę o bezpłatne wykonywanie badań, w tym właśnie poziomu leku immunosupresyjnego, w miejscu zamieszkania pacjenta. Umożliwienie pacjentom po przeszczepach korzystania ze wszystkich przywilejów, które przysługują naszym seniorom, jak choćby właśnie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę pana, niech pan się nie gniewa. Naprawdę nie będziemy mieli, o czym rozmawiać na posiedzeniu Komisji temu poświęconym. Pani poseł zadała pytania. Pan nie musi ich wzmacniać i powtarzać. Niech pan da panu ministrowi szansę odpowiedzenia na te pytania, naprawdę. Są jeszcze inne osoby, pan minister musi odpowiedzieć, my mamy głosowania, za chwilę kolejna osoba się nie wypowie. Bardzo pana proszę. Jeżeli pan nie ma pytań, to do tematu wrócimy już na posiedzeniu Komisji.

Prezes Fundacji Transplantacja LIVERSTRONG Grzegorz Perzyński:

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, na zakończenie chciałbym zadać pytanie odnośnie do Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020. Chciałbym zapytać, jakie są sukcesy, jakie są mankamenty i kiedy ewentualnie zostaną przedstawione wnioski? I dodatkowo, jaka jest perspektywa utworzenia kolejnego programu, jeśli chodzi o polską transplantologię?

No dobrze, to dziękuję w takim razie i liczę na kolejne spotkanie odnośnie do samej transplantologii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję panu bardzo. Kolejne zgłoszenie mam od pana prof. Adama Witkowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Adam Witkowski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący za dopuszczenie mnie do debaty. Chciałbym powiedzieć, po pierwsze, że choroby kardiologiczne, choroby układu sercowo-naczyniowego – co pewnie wszyscy wiemy – są nadal główną przyczyną umieralności w Polsce. A niestety w okresie ostrego lockdownu na wiosnę tego roku, o czym mówił już pan minister, częstość leczenia ostrych zawałów serca spadła o 35%, ale częstość planowych procedur kardiologicznych spadała aż o 70%.

Tak jak słusznie pan przewodniczący zauważył, staraliśmy się to nadrobić po stopniowym odmrażaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale wygląda na to, że wpadliśmy w następny dołek. Tym bardziej że jest zalecenie Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ograniczenia lub wręcz wstrzymania planowych procedur, co w pewnych wypadkach jest możliwe, jak pan przewodniczący słusznie zauważył, ale w pewnych przypadkach to wstrzymywanie źle się kończy, co wiemy z własnego doświadczenia. Dlatego też jest interesujące, jakie będą dane za ten okres od października do końca roku, ale na to, oczywiście, musimy poczekać.

Ucieszyła mnie bardzo wiadomość, że pan minister Niedzielski ogłosił program odbudowania zdrowia Polaków, który ma wejść, i utworzenia sieci kardiologicznej na wzór sieci onkologicznej. Dziękujemy bardzo za to, ale mnie interesuje, co będzie dalej z programami opieki koordynowanej, które tym bardziej są potrzebne w takim okresie, kiedy zwalniamy z wykonywaniem procedur.

Po sukcesie programu KOS-zawał, a więc nadzoru nad chorymi po zawale serca, który wyraźnie zredukował śmiertelność u tych pacjentów, chciałbym dopytać o następne propozycje Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które były już dyskutowane, a wręcz

ogłaszane było w ministerstwie ich rozpoczęcie. O program koordynowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca, czyli o program KONS. To jest olbrzymia grupa chorych – ponad 1,2 mln osób w Polsce, która charakteryzuje się bardzo wysoką śmiertelnością. Ten program był już dopracowany i chodziło o uruchomienie pilotażowej fazy. Chciałbym więc zapytać pana ministra, kiedy jest możliwość ewentualnego uruchomienia tego programu? To byłoby uruchomienie, chyba już po raz drugi i trzeci, programu narodowego, dotyczącego chorób układu krążenia, który był nazywany przez pewien czas „Narodowym programem zdrowego serca”. To jest następna rzecz, która zawisła, a jest szalenie ważna właśnie w okresie epidemii, kiedy dostęp do leczenia jest zmniejszony.

Wreszcie, chodzi mi o bardzo specyficzną rzecz, jaką jest telemonitoring urządzeń wszczepialnych, a więc urządzeń, które monitorują pracę serca lub też zabezpieczają pacjentów przed groźnymi zaburzeniami rytmu. Też złożyliśmy wniosek o to, żeby to zostało wprowadzone, bo właśnie w okresie epidemii wirusa jest szalenie ważne, że możemy na odległość monitorować, co dzieje się z chorym z groźnymi zaburzeniami rytmu, żeby nie narażać go na wizyty w szpitalu. Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Bardzo proszę, panie ministrze, o odpowiedź na pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Przepraszam, wyrwał mnie pan przewodniczący. Jakoś myślałem, że jeszcze będą dalsze pytania.

Szanowni państwo, dużo tych pytań, rzeczywiście. To pokazuje istotność tego tematu, jego wielozakresowość i to, że pomimo iż mieliśmy rozmawiać dzisiaj o schorzeniach innych niż COVID-owe, to w wielu aspektach COVID zdominował dyskusję. To chyba pokazuje, że wszyscy mamy tę samą bolączkę i ten sam dylemat. Z jednej strony wiemy, że mamy pandemię i widzimy, jak duża jest jej istotność, a z drugiej chcielibyśmy, żeby wszystko chodziło normalnie w innych zakresach i żeby ani system, ani pacjenci nie ucierpieli ani trochę z powodu, o którym mówiłem jako pierwszym. Też bym tak chciał, ale musimy zdać sobie wszyscy sprawę z tego, że działamy jednak w świecie ograniczonych zasobów – kadrowych, infrastrukturalnych, chociaż myślę, że tych mniej. Myślę, że kadrowe są fundamentalne, a sama pandemia i kwarantanny, izolacje zasobów medycznych na pewno nikomu w działaniu w tym świecie nie pomagają. Może nie będę odnosił się po kolei do pytań każdego z państwa. Spróbuję odpowiedzieć na te pytania w grupach.

Było kilka postulatów związanych z pewnym algorytmem dotyczącym teleporad. Jeżeli ktokolwiek z państwa, którzy te pytania zadawali, ma jakiekolwiek pomysły i doświadczenia, to ja chętnie ich wysłucham. Zgadzam się bowiem z panem przewodniczącym Latosem – jeśli mielibyśmy zalgorytmizować takie rzeczy, to może w ogóle nie potrzebujemy lekarza pierwszego kontaktu. Może komputery będą w stanie stawiać diagnozę i leczyć ludzi. Na tej sali widzę wielu czy kilku lekarzy. Rozumiem, że ciągle wierzymy i chcemy wszyscy wierzyć w to, że lekarz stawia diagnozę, że to lekarz dokonuje oceny ryzyka pacjenta, że to lekarz ocenia, w jakim stanie jest pacjent, jaką formę diagnozy i terapii może mu zaordynować. Diagnoza i terapia dotyczą również formy tej diagnozy – czy jest to badanie fizykalne, czy inny rodzaj badania, czy teleporada.

Są już pewne wytyczne. Myślę, że te wytyczne będziemy się starali jeszcze bardziej rozpropagować. Są pewne wytyczne grup eksperckich, które powstały. One rzeczywiście mówią, jakie wizyty nie powinny się kategorycznie odbyć w formie teleporady. Jednak jestem daleki od algorytmizacji i od sztywnego określenia, że w tym i w tym przypadku taka wizyta może, a w takim nie powinna się odbyć w formie teleporady. Wątek, który się z tym wiąże, to dostępność do POZ i aspekt ważny do…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, najmocniej pana przepraszam, że przerwę, ale nie chciałbym później robić nowej rundy pytań. Okazuje się – ale nie miałem na liście – że zgłasza się jeszcze pan prof. Kaźmierczak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii. Oddalibyśmy mu jeszcze na chwilę głos i zaraz pan wróci do odpowiadania.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Panie przewodniczący, skończę wątek POZ. Czy możemy tak?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście. Jak najbardziej.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję. Wracam więc do wątku POZ i tej dostępności. Oczywiście minister zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia mają ograniczony wpływ na narzędzia funkcjonalnie dostarczane przez jednostki ochrony zdrowia w tym zakresie, szczególnie prywatne. To, czy dany POZ ma infolinię, czy ta infolinia działa sprawnie, czy mniej sprawnie – oczywiście jest to dla nas krytycznie istotne. Jest to nawet oceniane przez nas, np. w procesach akredytacyjnych, ale w oczywisty sposób nie jest dzisiaj wymogiem, standardem, który minister zdrowia kiedyś nałożył na każdy POZ, że ma mieć standard funkcjonowania infolinii dla pacjentów. Z drugiej strony, udzielając możliwości funkcjonowania teleporad, zakładamy, że ta dostępność musi być większa niż w trybie standardowym wcześniej. Dlatego Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził taką kontrolę.

Podjęliśmy próbę nawiązania kontaktu z praktycznie wszystkimi placówkami POZ – 8400 placówek POZ. Wydzwoniliśmy taką liczbę placówek. Dodatkowo w tych placówkach, do których nie udało się Narodowemu Funduszowi Zdrowia dodzwonić, odbyła się wizyta stacjonarna. Kontrolerzy Narodowego Funduszu Zdrowia udali się do tej placówki. W wyniku tych 8400 prób kontaktu stwierdziliśmy nieprawidłowości w 643 placówkach. Były związane albo z bardzo utrudnionym kontaktem – to 481 takich placówek, albo z brakiem jakiejkolwiek możliwości dodzwonienia się – to 162 placówki w Polsce.

Natomiast pojawia się też wątek tak naprawdę bardziej odpowiedzialności tych podmiotów, a mniej narzędzi po stronie rządu czy Ministerstwa Zdrowia, bo oprócz POZ mamy AOS, szpitale. Oczywiście oczekujemy, że w ramach dobrych praktyk, w ramach praktyk standardów akredytacyjnych – one będą gotowe do świadczenia wysokiej jakości usług dla pacjentów, funkcjonowania infolinii, call center, funkcjonowania pewnego standardu telewizyty, ale to są oczekiwania, to są dobre praktyki.

Myślę, że jednak nie jesteśmy gotowi. Mimo że postęp informatyzacji sektora zdrowia w ostatnich latach jest niespotykany, myślę, że wyprzedzający wiele krajów europejskich, to obawiam się, że jeszcze nie jesteśmy gotowi nałożyć na każdego świadczeniodawcę w tym kraju standardu pełnej opieki informatyczno-telefonicznej – infolinii z jakimiś czasami reakcji, czasami odbioru itd. – i tego monitorować. Aczkolwiek bardzo bym chciał, aby wszyscy świadczeniodawcy do takich standardów jak najbardziej się zbliżali. Panie przewodniczący, myślę, że to wyczerpuje temat POZ.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jasne, bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan prof. Kaźmierczak.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii Jarosław Kaźmierczak:

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za pamięć o mnie. Ja w zasadzie chciałem powiedzieć to samo, co pan prof. Witkowski powiedział przed chwilą. W związku z tym nie będę powtarzał tego, co dotyczyło KONS, teletransmisji urządzeń wszczepialnych, „Narodowego programu chorób serca", bo to bardzo pięknie powiedział pan prof. Witkowski.

Chciałbym tylko na jedną rzecz zwrócić uwagę. Mianowicie na to, czego pan profesor nie powiedział, że bardzo ważna jest szeroka dostępność szybkiego testowania pacjentów kardiologicznych w szpitalu, ponieważ mamy dla tych pacjentów, którzy przyjeżdżają w stanach ostrych, wydzielone izolatki w oddziałach intensywnej opieki kardiologicznej i na oddziałach. Chodzi o to, że tych izolatek nie ma zbyt dużo, bo warunki lokalowe w danym szpitalu są takie, jakie są. Chodzi o to, aby pacjent w takiej izolatce nie przebywał zbyt długo. Czyli potrzeba szybkich testów oceny koronawirusa. I to tylko tyle z dodatkowych rzeczy, bo resztę powiedział pan prof. Witkowski. Bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję i oddaję ponownie głos panu ministrowi.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję bardzo. Bardzo krótko o transplantologii, bo rzeczywiście uzgodniliśmy z panem przewodniczącym, że takie posiedzenie Komisji byłoby wartościowe. W związku z tymi pytaniami może tylko syntetyczny obraz transplantologii, która z punktu widzenia pandemii wydaje mi się przynajmniej o dwukrotność albo więcej trudna do realizacji i organizacji. Trudna, bo mówimy i o dawcach, i o biorcach. Mówimy o wyzwaniach, które stoją i przed pierwszym, i przed drugim obszarem.

W oczywisty sposób niestety liczba transplantacji w Polsce w 2020 r. jest mniejsza niż w 2019 r. Jeszcze na poziomie liczby dawców, czy potencjalnych, czy rzeczywistych, ta sytuacja nie wygląda najgorzej. Rzeczywiście działalność koordynatorów transplantacyjnych i tych podmiotów, które są naturalnymi donatorami, jest prężna i aktywna. Jeżeli spojrzymy na te spadki, to mniej więcej w podobnym okresie 2019 r. było 470 dawców potencjalnych, a w 2020 r. – 442. W tym w 2019 r. – 363 rzeczywistych, czyli tych, w przypadku których doszło do pobrania narządów, i 326 w 2020 r. To nie są duże spadki. Są, ale nie są rzeczywiście krytyczne.

Podobnie sytuacja ma się w poszczególnych organach, w poszczególnych przeszczepach, z bardzo dużym dołkiem w marcu–kwietniu – wracamy do tego – i z rzeczywiście ogromną próbą nadrobienia tego w okresie czerwiec–lipiec–sierpień. Jeśli spojrzymy np. na przeszczep nerki, to mamy 670 przeszczepów w roku poprzednim, ok. 600 w roku obecnym. Wątroba – 240 versus 215, ale już na przykład serce – 108 w 2019 r., a 127 w 2020 r. W tym przypadku udało się zrobić tych przeszczepów o 20% więcej. Dodatkowo, jeśli chodzi o pewne przeszczepy, przeszczepy łączone, ta aktywność też była. Ciągle jakby jesteśmy innowacyjni, pewnie w skali Europy, świata.

Rzeczywiście poświęćmy na to odrębne posiedzenie Komisji. To są trudne wyzwania stojące przed transplantologią. Były trudne nie tylko w okresie pandemii, a okres pandemii sprawił, że te wyzwania są jeszcze większe. Jestem gotowy oczywiście do takiej dyskusji. Myślę, że możemy zaprosić wtedy ekspertów, tj. przedstawicieli Krajowej Rady Transplantacyjnej, z którymi regularnie się spotykam i zastanawiamy się, jak można dzisiaj obszarowi transplantologii pomóc.

Osocze ozdrowieńców też pojawiło się w wypowiedziach czy pytaniach od kilku osób. Szanowni państwo, chciałbym pokazać skalę i aktywność w tym zakresie, bo rozumiem, że pojawiają się jakieś być może przejściowe, lokalne perturbacje, ale żebyśmy też uświadomili sobie pewną skalę. W lipcu, sierpniu, a nawet jeszcze we wrześniu, mieliśmy ok. 290 wydań osocza do procesów terapeutycznych, we wrześniu – 540, a w październiku – 2600, czyli 5-krotnie więcej niż we wrześniu i 20-krotnie więcej niż we wcześniejszych miesiącach. To skala, która była możliwa tylko dzięki temu, że zorganizowaliśmy i przygotowaliśmy do tego procesu sieć regionalnych centrów krwiodawstwa.

W październiku... Poza oczywistymi problemami z osoczem ozdrowieńców niektórych grup krwi trzeba też mieć na uwadze, mówiąc o łącznej liczbie pobranych donacji, że ta liczba oczywiście odzwierciedla i pokrywa dzisiaj zapotrzebowanie. Natomiast to nie znaczy, że w niektórych rzadkich grupach, jak B czy 0 Rh(-), pewne przejściowe problemy z dostępnością osocza ozdrowieńców występują. Staramy się jednak reagować nie tylko regionalnie, ale i międzyregionalnie, poprzez współpracę regionalnych centrów krwiodawstwa. Nawet dzisiaj, czyli w tym szczycie – to dane z wczoraj – tak naprawdę poza dwoma województwami, gdzie występują przejściowe problemy, zapotrzebowanie zgłaszane przez szpitale jest większe w jakichś zakresach, w niektórych grupach niż możliwości regionalnej sieci krwiodawstwa. To są tylko dwa województwa. W pozostałych te wydania idą na bieżąco i zapotrzebowania są pokrywane.

W oczywisty sposób zwiększamy pobór, z jednej strony, zapewniając możliwości regionalnym centrom krwiodawstwa, zwiększając infrastrukturę, przeznaczając więcej tych centrów do badań serologicznych osocza ozdrowieńców, z drugiej strony, wyposażając pewną infrastrukturę. Na przykład ostatnio akceptowany przeze mnie wniosek na zwiększenie liczby separatorów osocza.

Musimy jednak pamiętać o dwóch aspektach w zakresie krwiodawstwa – system opiera się na honorowych krwiodawcach, a my musimy zapewnić pełny pobór krwi. Nie możemy zapominać o tym i nie możemy przestawić całej machiny publicznej służby krwi

na pobór osocza ozdrowieńców. W oczywisty sposób krwi do zabiegów planowych, do stanów nagłych, leczenia oparzeń, schorzeń onkologicznych itd. potrzeba praktycznie tyle samo, co w okresach wcześniejszych. Zatem pobór osocza to jest coś dodatkowego, coś ekstra, coś, co tak naprawdę ta publiczna służba krwi musi wypracować ponad pewien standard. Liczba dawców, niestety, z powodu kwarantanny, izolacji, przebytych chorób itd. – nie muszę państwu tłumaczyć – jest nie większa, tylko mniejsza. Zatem wyzwania stoją przed tym ogromne, ale, kolokwialnie mówiąc, stanęliśmy na głowie i rzeczywiście dzisiaj osocze ozdrowieńców do procesów terapeutycznych, poza pewnymi lokalnymi perturbacjami, jest dostarczane w trybie ciągłym.

Szczepienia na grypę to wątek, który też pojawił się w dwóch czy trzech pytaniach. Moim zdaniem jest on bardzo poboczny od tego, po co się dzisiaj spotkaliśmy, ale krótko, liczby. Pragnę przypomnieć, że szczepienia na grypę trwają do końca roku i rzeczywiście duża część dostaw do Polski i szczepień zaplanowana jest na grudzień. Do tej pory wydano już do szczepień 2 mln szczepionek. To o trzydzieści parę procent więcej niż średnia wyszczepialność w latach poprzednich, a przed nami, jak mówię, grudzień i duże grupy osób do szczepienia.

Pan poseł Hardie-Douglas i poseł Rutka pytali o kampanie i działania medialne. Poseł Rutka pytał o wiosenne. Myślę, że wiosna to nie był czas na działania medialne zachęcające wszystkich w jakiś aktywny sposób do wzmożonej aktywności. Wszyscy pamiętamy strach w społeczeństwie i jeszcze pewien stopień nieprzygotowania świadczeniodawców, więc nie mógł to być ten okres, kiedy mogliśmy powiedzieć: „Teraz, drogi pacjencie, zgłoś się ze wszystkim do lekarza”. Jednak zwracam uwagę, że w momencie, kiedy tylko pierwsza fala minęła, po stronie ministerstwa... i w wielu wypowiedziach medialnych, kampaniach sam osobiście kilkukrotnie nawoływałem pacjentów, w szczególności onkologicznych, że to już jest ten moment, kiedy naprawdę trzeba wrócić do normalności i w grupach ryzyka zgłaszać się na badania. Zapewniałem, że świadczeniodawcy są gotowi.

Osobiście pamiętam takie kampanie, ale również kampanie, które zachęcają systemowo do badań. Kampanie medialne w radiu i telewizji zostały nie tylko wznowione, ale i zaktywizowane. Przeznaczyliśmy większe środki niż w roku poprzednim na chociażby kampanię „Planuję długie życie”, którą, mam nadzieję, państwo w telewizji mogą obserwować. Myślę, że w ramach „recovery planu” przed nami kolejne kampanie w tym zakresie.

Próbuję znaleźć jeszcze pewne grupy, ale grupy pytań nie widzę, więc bardzo krótko, panie przewodniczący, odniosę się do kilku pytań szczegółowych. Niektóre dotyczyły środków unijnych. To bardzo trafne pytania. W oczywisty sposób ogromne środki unijne mają szansę trafić do sektora ochrony zdrowia. Pracujemy przede wszystkim nad dwoma programami. Nad programem React, który, jak zakładamy, w połowie przyszłego roku będzie możliwy do sfinansowania, pierwsze umowy będą zawierane. Bez szczegółów – to program, w którym do sektora ochrony zdrowia ma trafić na taki tryb dwu- czy dwuipółletni kilkaset milionów euro. My na tyle mniej więcej, tj. na 2,5–3 mld zł, planujemy alokację tego programu. Bardzo dużo, bo dla porównania w całej poprzedniej perspektywie unijnej środki na ochronę zdrowia to ok. 10–12 mld zł, więc mówimy o kumulacji w ciągu 2–2,5 roku 1/4 tego budżetu.

Drugi, to oczywiście RRF, Krajowy Plan Odbudowy, środki niewspółmiernie większe, szacowane na ok. 200–240 mld zł dla Polski, z których oczywiście istotna część będzie alokowana do sektora zdrowia, ale jeszcze nie zapadły decyzje, jak duża część. Oczywiście procedujemy pewne fiszki projektowe, pewne zamysły. Jesteśmy w stałym kontakcie z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej i z Komisją Europejską. Przedstawiamy im już zmaterializowane pomysły nie tylko wsparcia, czy to infrastrukturalnego, czy podmiotowego, ale również pewne pomysły zmian i reform strukturalnych, systemowych, które mogłyby być takimi środkami wsparte.

Bardzo cenne były pytania szczegółowe, dotyczące na przykład tego, czy świadczeniodawcom grozi zabranie jakichś środków unijnych, jeżeli nie osiągną pewnych wskaźników. Sam muszę się tym chyba zainteresować, bo absolutnie nie zakładam takiej możli-

wości, ale musimy prześledzić ścieżki formalne. Dziękuję za to pytanie, bo jest inspirujące do podjęcia pewnej analizy.

Krótko jeszcze o onkologii, bo było kilka pytań związanych z onkologią. Po pierwsze to, o czym wczoraj mówił minister Niedzielski, czyli pewne elementy Krajowej Sieci Onkologicznej. Nie mówimy o powszechnym wdrożeniu krajowej sieci i całkowitej zmianie systemu już teraz i tu, ale jeśli chodzi o pewne elementy, to musi nastąpić znacznie lepsza koordynacja ścieżki pacjenta. Chodzi chociażby o ośrodki kompleksowe, ośrodki wyspecjalizowane w onkologii. Myślę przede wszystkim o centrach onkologii, o ośrodkach regionalnych, szpitalach klinicznych z istotnymi oddziałami onkologicznymi. Tego oczekujemy ze strony ministerstwa, tego będziemy wymagać i na to pewnie przeznaczymy również jakieś środki.

Te ośrodki muszą wziąć na siebie pewien ciężar odpowiedzialności współpracy z ośrodkami w regionie. W ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej pokazaliśmy, że ta współpraca jest możliwa, ale ona jest rozszerzana. Bardzo dobry przykład Dolnośląskiego Centrum Onkologii – właśnie taki projekt, w ramach odbudowy, projekt regionalny. Żeby było jasne – wspierany przez ministerstwo i chwalony, ale bez naszego udziału. To projekt współpracy z lekarzami POZ. To na siebie ośrodek regionalny wziął ciężar wypracowania pewnych zasad z tymi POZ, które ma blisko siebie. Na takie projekty też liczymy. Wszystkiego zza biurka ministra zdrowia nie da się w sposób systemowy nałożyć. Musimy mieć również takie działania bardzo pożyteczne, bardzo pożądane, możliwe do zrealizowania w skali lokalnej, bo wiadomo, że ciężko jest ministrowi zdrowia zapanować nad lokalną współpracą, a pewne systemowe mechanizmy, takie jak pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, mogą to oczywiście ułatwić.

Pojawiły się również pewne pytania o leki w onkologii, o środki ochrony indywidualnej. Ja myślę, że dzisiaj dyskusji o środkach ochrony indywidualnej trochę nie ma. Oczywiście mamy ogromne zabezpieczenie w rezerwach krajowych, na poziomie Agencji Rezerw Materiałowych i centralnej bazy rezerw podległej ministrowi zdrowia. Ale po tylu miesiącach pandemii ośrodki, wszystkie podmioty medyczne – onkologiczne, nie onkologiczne – miały naprawdę ogrom czasu i środki zapewnione przez ministra zdrowia, przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pragnę przypomnieć, tylko na ten cel. Na przygotowanie do leczenia chorych z COVID-em, na zabezpieczenie właśnie w środki ochrony indywidualnej, na wdrożenie pewnych procedur bezpieczeństwa ośrodki dostały istotne zwyżki wyceny w tym roku, jeśli dobrze pamiętam, od 1 lipca. Nie wspominam o innych wzrostach wyceny ryczałtu szpitalnego w innych zakresach. Mówię o tym, co wszystkie podmioty medyczne dostały, czyli 3% do każdej wystawianej faktury rozliczeniowej z przeznaczeniem na ten cel. Jeżeli więc w niektórych ośrodkach brakuje, to ja szczerze trochę się dziwię.

I ostatni wątek, który, mam nadzieję, zepnie to klamrą. Kardiologia – na koniec pan prof. Witkowski, pan prof. Kaźmierczak. Rzeczywiście działania w kardiologii, o których panowie mówili, koordynowana opieka – to w ogóle wymóg polskiego systemu ochrony zdrowia. Myślę, że pandemia pokazała... I wymusi tak naprawdę to, że zmiany systemowe, planowane czy wdrażane w formie pilotaży, tylko przyspieszą. Mam nadzieję, że w ramach szerokich strategii obszarowych, takich jak Narodowa Strategia Onkologiczna, już uchwalona, czy kardiologiczna, nad którą pracują eksperci... Pamiętajmy też, że w tej pandemii wszyscy są obłożeni pracą. Eksperci, z którymi pracujemy, czyli konsultanci krajowi i wojewódzcy, też muszą mieć atencję i możliwości, poza leczeniem pacjentów, na działania merytoryczne i wsparcie ministra zdrowia. Mam nadzieję, że jak najszybciej je wypracujemy. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To ja dziękuję bardzo, panie ministrze, za bardzo wnikliwą, szczegółową odpowiedź. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.